



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum Québec_{MC}

**Institut universitaire de cardiologie et
de pneumologie de Québec -
Université Laval**

Visite de séquence 1 du 21 au 25 janvier 2024

Rapport publié: 07/05/2024

Table des matières

À propos d'Agrément Canada	3
À propos du rapport d'agrément	3
Confidentialité	4
Sommaire	5
À propos de l'établissement	5
Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs	5
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	5
Aperçu du programme	6
Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément	7
Résultats selon les dimensions de la qualité	8
Pratiques organisationnelles requises	9
Résultats de l'évaluation divisés par chapitre	11
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	11
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	12
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	13
Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres	14
Télésanté	15
Programme de prévention et de contrôle des infections	16
Services de retraitement des dispositifs médicaux	18
Gestion du circuit du médicament	19
Aperçu de l'amélioration de la qualité	22

À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada (AC) est le plus important organisme accréditeur au Canada. Établi depuis plus de 60 ans, AC offre un éventail d'outils et de programmes d'évaluation destinés aux organismes de santé, de services sociaux et communautaires pour améliorer la qualité et la sécurité au Canada et dans le monde entier.

Nous continuons d'élargir notre influence et notre champ d'application. En collaboration avec notre société affiliée, l'établissement de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d'amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d'évaluation et nos solutions d'amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d'élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d'atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d'évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l'ensemble de l'écosystème de santé.

AC et HSO sont des organismes indépendants, non gouvernementaux et sans but lucratif qui satisfont aux exigences étendues d'agrément par des tiers du Conseil canadien des normes, de l'International Society for Quality in Health Care (ISQua) et de l'Asia Pacific Accreditation Cooperation (APAC).

À propos du rapport d'agrément

L'établissement mentionné dans le présent rapport de visite participe au programme d'agrément Qmentum Québec^{MC} d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 21/01/2024 au 25/01/2024.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d'évaluations par des pairs ainsi que d'autres données obtenues auprès de l'établissement. Agrément Canada se fie à l'exactitude et à la précision des renseignements fournis par l'établissement pour planifier et mener les visites d'agrément et produire ce rapport. Il incombe à l'établissement de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d'agrément.

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'établissement mentionné dans ce rapport d'agrément, et les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'établissement et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'établissement peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à : publications@healthstandards.org.

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni «tel quel» sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en common law, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité de ces dommages.

Sommaire

À propos de l'établissement

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval (IUCPQ-UL) est un centre hospitalier universitaire suprarégional. Il offre des soins et services surspécialisés en cardiologie, en pneumologie et en traitement de l'obésité principalement à la population du Centre-du-Québec et de l'est de la province comptant plus de 2 millions de personnes. Certaines clientèles du nord du Nouveau-Brunswick sont également accueillies à l'Institut. L'Institut dispose de 338 lits et compte près de 3 000 employés.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Les visiteurs ont constaté que l'Institut recherche l'excellence en se concentrant sur la performance, l'innovation, la recherche et l'amélioration continue. La qualité, la sécurité et la quête d'excellence constituent l'ADN même de l'établissement.

Il a été constaté que l'établissement se positionne nettement au-dessus des normes et standards et fait école dans bien des domaines. L'engagement, la bienveillance et le sentiment d'appartenance sont très forts à l'Institut. L'établissement valorise cette culture organisationnelle axée sur l'utilisateur et s'applique à témoigner sa reconnaissance à ses équipes.

L'utilisateur est au cœur de tout. Il est impliqué dans ses soins ; il est également invité à partager son expérience et à contribuer à l'amélioration des soins et services dans divers comités à titre de partenaire expert.

Il faut cependant mettre en lumière certains points d'amélioration. Bien que les installations soient entretenues selon les normes, la vétusté de certains espaces trahit l'âge de l'immeuble. Le système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) n'est pas uniformisé dans sa diffusion (ex. : bac chloré dans le retraitement).

Lors des visites sur le terrain, il a été observé que l'accès pour les personnes à mobilité réduite est encombré. En conclusion, l'harmonisation des systèmes informatiques pourrait faciliter le transfert des informations, et ceci, en continu et en temps réel.

L'équipe de visiteurs a été favorablement impressionnée lors de la visite de l'IUCPQ-UL. Il convient de féliciter tous les intervenants de l'Institut pour leur engagement à exceller en poursuivant des activités d'amélioration continue de la qualité.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

L'équipe de visiteurs souligne l'importance de l'entretien préventif et de l'amélioration des espaces physiques. L'organisation des équipements (ex. : réfrigérateur dans le corridor) mérite une attention. Dans la même veine, l'encombrement des espaces mérite une attention supplémentaire.

Aperçu du programme

En 2018, Agrément Canada fut mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour réaliser la démarche d'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec pour une période de dix ans (2018-2028). La démarche d'agrément proposée par Agrément Canada est une version du programme Qmentum^{MD} adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et des services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'établissement et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et qui peut impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec^{MC} repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans les soins de santé et de services sociaux du réseau québécois. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme au sein du RSSS du Québec, le programme d'agrément adapté se déroule en deux périodes de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028). Chaque cycle d'agrément comprend cinq séquences. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services du RSSS ou de normes organisationnelles et transversales.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes, ainsi que l'évaluation sur place dans le cadre de visites d'agrément et l'administration de sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit : 1) le fonctionnement de la gouvernance; 2) l'expérience de l'utilisateur; et, 3) les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité. La visite d'agrément est menée selon une approche par traceur et est effectuée par des pairs, dénommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever.

Le manuel d'évaluation à l'appui des méthodes d'évaluation de même que les résultats présentés dans ce rapport, est divisé en chapitres. Le rapport comprend un résumé complet des observations des visiteurs, les installations visitées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des chapitres.

Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

Le tableau suivant présente un résumé des installations évaluées lors de la visite sur place de l'établissement.

Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Chapitre
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval	Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval	Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval	Leadership – Gestion de la qualité et des risques
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval	Télésanté
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval	Programme de prévention et de contrôle des infections
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval	Gestion du circuit du médicament
IUCPQ	Programme de prévention et de contrôle des infections

Résultats selon les dimensions de la qualité

Agrément Canada définit la qualité des soins de santé à l'aide de huit dimensions de la qualité qui représentent les principaux éléments de la prestation des services. Chaque critère des manuels d'évaluation est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Tableau 2 : Résultats de l'établissement par dimension de la qualité.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	29	0	0	29
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	0	0	16
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	4	0	0	4
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	16	0	0	16
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	38	1	0	39
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	170	7	2	179
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	200	8	5	213
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	38	0	0	38
Total	511	16	7	534

Pratiques organisationnelles requises

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été établies comme essentielles à instaurer par l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et pour réduire les risques au minimum. Les POR contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité.

Tableau 3: Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'établissement

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Gestion du circuit du médicament	Gérance des antimicrobiens	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Médicaments de niveau d'alerte élevé	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Sécurité liée aux narcotiques	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Divulgarion des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Programme d'entretien préventif	4 / 4	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.00%
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.00%
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	Cheminement des usagers	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	3 / 3	100.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Programme de prévention et de contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Retraitement	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Taux d'infection	4 / 4	100.00%
Total		69 / 69	100.00%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

Évaluation du chapitre : 98,9 % des critères sont conformes

1,1 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'institut démontre un désir constant d'offrir des services de qualité en quantité nécessaire à sa population. C'est un pôle d'excellence dans son champ d'expertise et cette excellence se reflète grandement au niveau du leadership. Le mode de gestion bi directionnel et empreint d'une bienveillance digne de mention permet à l'établissement d'atteindre les plus hauts sommets de l'excellence.

Les visiteurs félicitent l'Institut et l'encouragent dans la poursuite de démarches visant à offrir des soins centrés sur la personne qui intègrent la culture et les pratiques de celle-ci. La planification et l'organisation des services sont en harmonie avec les besoins de la population. L'implication des usagers et des personnes proches aidantes en témoigne.

La volonté de faire de l'établissement un employeur de choix, un établissement où les prises de décisions et les pratiques de gestion sont alignées sur ses valeurs, est incarnée dans l'organisation des services. L'établissement est encouragé à poursuivre en ce sens.

Tableau 4 : Critères non conformes en matière de Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.2.9	Les gestionnaires de l'établissement mettent en place des mécanismes permettant d'évaluer et d'améliorer le respect du cadre éthique de l'établissement.	Priorité élevée

Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

Évaluation du chapitre : 94,4 % des critères sont conformes

5,6 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'Institut démontre une saine gestion de l'ensemble des ressources qui sont sous sa responsabilité. La gestion financière est digne de mention ainsi que la qualité du plan de maintien des actifs qui est suivi avec une rigueur logique et une souplesse intelligente. La palme d'or revient à la gestion des ressources humaines qui fait école et notamment en ce qui a trait aux principes du « phénomène de la seconde victime » qui démontre une sensibilité, une bienveillance et une intelligence de gestion digne d'être soulignée. Le visiteur encourage l'établissement à faire connaître cette approche novatrice et gagnante qui contribue sans aucun doute à l'exceptionnelle qualité du climat qui règne à l'Institut.

Tableau 5 : Critères non conformes en matière de Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.3.10	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des politiques et des procédures au sujet de la gestion du rendement de la main-d'œuvre et interviennent face aux enjeux soulevés.	Priorité normale
3.4.7	Les gestionnaires de l'établissement évaluent régulièrement la qualité et l'utilité des données et des renseignements contenus dans ses systèmes d'information.	Priorité normale

Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Évaluation du chapitre : 94,8 % des critères sont conformes

5,2 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les visiteurs ont rencontré une organisation axée sur l'amélioration continue, la sécurité et la qualité des services. À tous les niveaux, de l'environnement à la sécurité informatique en passant par le secteur biomédical et tous les autres services, ces aspects sont primordiaux et traités avec la plus grande importance.

Certaines politiques et procédures sont à compléter et à actualiser. On peut citer, par exemple, la politique de non-discrimination qui est en fin de parcours pour sa mise en action.

Les visiteurs encouragent l'Institut à poursuivre le développement de la culture d'évaluation de la satisfaction, à systématiser cette dernière et à en diffuser les résultats.

Tableau 6 : Critères non conformes en matière de Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.4	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique de non-discrimination visant à contrer la stigmatisation et la discrimination.	Priorité élevée
4.1.11	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté afin d'évaluer régulièrement l'efficacité des pratiques concernant la sécurité culturelle et utilisent les résultats pour apporter des améliorations, le cas échéant.	Priorité normale
4.2.4	Les gestionnaires de l'établissement exigent que les partenaires externes respectent les lois et les règlements pertinents ainsi que les politiques sur la santé et la sécurité organisationnelles.	Priorité élevée

Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres

Évaluation du chapitre : 100,0 % des critères sont conformes

0,0 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La Direction des services techniques a déployé des stratégies intégrées pour soutenir la mise en œuvre de la salle de coordination et de pilotage en vue d'assurer le suivi de la gestion des risques, des mesures d'urgence ainsi que l'amélioration continue dans son ensemble. Tout est mis en place en vue de cartographier les événements et ainsi permettre une analyse exhaustive en vue de bonifier, modifier ou ajuster les plans d'action en lien avec les mesures d'urgence.

Il est à noter que le plan régional de sécurité civile relève du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, toutefois l'IUCPQ-UL est partie prenante de son élaboration ainsi que de sa mise en œuvre dans l'établissement. Il existe des plans locaux pour le déploiement, la communication, l'amélioration continue de la qualité et de contingence.

Une courte formation, environ 20 minutes, sur les mesures d'urgence est donnée à l'embauche du nouveau personnel ou lors de l'arrivée des médecins. Par la suite, une formation obligatoire est disponible sur la plateforme de l'environnement numérique d'apprentissage (ENA). Il est recommandé d'instaurer un délai pour faire les formations. Toutefois, il est noté qu'il est plus difficile d'assurer une participation et une connaissance des mesures d'urgence pour ce qui touche le corps médical. Une réflexion sur cet aspect est souhaitée en vue d'assurer l'adhésion de tous. Il convient de souligner que les guides d'interventions ainsi que certaines formations sont adaptés au secteur et selon leurs besoins.

L'éthique est présente tout au long de l'élaboration des processus, des pistes de réflexion, ainsi que de la mise en œuvre des plans d'action post-analyse d'événements. Le personnel est soutenu par les répondants du service d'éthique lors de situations particulières telles que la priorisation lors d'évacuations ou de pénurie de respirateurs.

Des exercices de simulations sont réalisés en collaboration avec le régional. Après chaque exercice, les membres du comité de coordination procèdent à des rencontres post-mortem, ce qui s'inscrit dans un processus d'amélioration continue. Localement, une réflexion est amorcée en vue d'élaborer des simulations virtuelles principalement en lien avec certains codes de couleur pour les mesures d'urgence. L'établissement s'adapte de manière créative aux attentes ministérielles tout en s'assurant de réaliser des exercices.

Tableau 7 : Critères non conformes en matière de Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Télésanté

Évaluation du chapitre : 100,0 % des critères sont conformes

0,0 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La pandémie a favorisé le développement exponentiel de la télésanté. Les professionnels, incluant les médecins, se sont mobilisés afin de s'approprier une nouvelle approche technologique en faveur des usagers.

Il a été permis aux visiteurs de rencontrer une équipe empreinte de passion, de bienveillance et de transparence, composée de divers professionnels, tous soucieux de l'excellence des soins et services offerts en télésanté. Le personnel démontre qu'une culture de sécurité est bien enracinée tout le long du cheminement. Une grande sensibilité et une ouverture aux divers besoins des usagers ont été constatées.

Le comité tactique est très actif et s'assure de remplir adéquatement son mandat. Il est responsable de la mise en œuvre du plan d'action en télésanté. Une usagère fait partie de ce comité depuis quelques années ; elle se sent respectée par les membres considérant qu'il y a une écoute active face aux besoins ou commentaires exprimés. De plus, elle verbalise un sentiment d'appartenance et de valorisation.

Les situations ou questionnements éthiques font partie intégrante du comité tactique et, selon la situation, le pilote clinique peut faire appel au personnel de l'éthique de façon ponctuelle.

Les communications sont fluides avec les divers partenaires du réseau et sont bien établies à l'interne.

Plusieurs outils d'aide à la décision, de processus et d'aide-mémoires sont élaborés et mis à la disposition du personnel tels que la modalité de prestation de soins, le consentement, les bonnes pratiques en télésanté et la désinfection des tablettes. Il existe un programme d'autoformation pour les intervenants et accessible sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA).

Les politiques, procédures et règlements sont en adéquation avec les droits des usagers en ce qui a trait notamment à la réception de l'information complète et de qualité, des soins de qualité, de participer aux décisions et de consentir librement aux soins ou de les refuser. Une assistance technique est offerte aux usagers au besoin.

Des concepts de développement habitent les membres du comité tactique afin d'offrir des services répondants aux besoins de la population desservie.

Le développement d'indicateurs de performance pour la télésanté est essentiel pour évaluer l'efficacité, la qualité et l'impact des services fournis. Ces indicateurs peuvent être adaptés en fonction des spécificités de chaque programme de télésanté et devraient être périodiquement réévalués pour s'assurer de leur pertinence continue.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Télésanté

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Programme de prévention et de contrôle des infections

Évaluation du chapitre : 100,0 % des critères sont conformes

0,0 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'Institut a mis en place, depuis plusieurs années, un comité stratégique interdisciplinaire de prévention et contrôle des infections (PCI) très bien structuré, ce qui assure le respect du mandat général. L'intégration d'un usager-ressource, dans les dernières années, est venue consolider l'équipe interprofessionnelle. Les rôles et attentes sont bien définis et compris de tous. Dans une optique d'amélioration continue et de favoriser le cheminement de l'usager, il serait pertinent d'intégrer un gestionnaire d'unité de soins au comité.

Le personnel, les stagiaires, les bénévoles, les usagers et leurs proches bénéficient d'une formation adaptée en fonction de leur titre d'emploi, de leurs besoins ou du secteur. Une vidéo est mise à la disposition des usagers ou des personnes proches aidantes et il en est de même pour les bénévoles. Pour les employés, les stagiaires et les médecins, plusieurs formations en cours d'emploi sont disponibles sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) en plus de celle dispensée à l'embauche ou à leur arrivée dans l'établissement. Les mises à jour en fonction de l'évolution ou des changements au niveau des bonnes pratiques sont faites de façon soutenue.

L'équipe de prévention et contrôle des infections procède de façon assidue et rigoureuse à des audits sur l'hygiène des mains tous les deux mois. Malgré de multiples efforts de l'équipe ainsi que des suivis rigoureux, les résultats demeurent inférieurs à la cible définie. Un plan d'action est en œuvre en vue de favoriser la conformité de l'hygiène des mains, suivi avec rigueur et adapté en fonction de l'évolution des résultats obtenus. Une vigie assidue est faite par l'équipe avec une entière collaboration des gestionnaires. Dans les prochains mois, il est prévu de déployer les audits dans les secteurs ambulatoires de l'établissement.

L'équipe assure la surveillance des infections nosocomiales et fait un rapport détaillé aux directions. Les résultats sont aussi communiqués au personnel, aux bénévoles et au comité des usagers. Selon les besoins, des séances d'informations ou de formations sont mises en place en vue de favoriser la compréhension et de prôner la prévention. Les procédures ainsi que la documentation, comme les outils d'aide à la décision sont accessibles, connus et utilisés par le personnel. À aucun moment, l'accès aux équipements de protection individuelle ou aux solutions hydroalcooliques ne représente un enjeu pour l'établissement.

La mise en place du logiciel ZINC intégrant les données cliniques des usagers relatives à la PCI, en mars dernier, a permis un suivi personnalisé et de pointe par l'équipe de prévention, les pharmaciens, les coordonnateurs d'activité et la gestionnaire des lits.

Le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical sont bien organisés sur chacune des unités de soins. Un calendrier mensuel est mis à la disposition du personnel où sont indiqués la liste des équipements du service, la fréquence de nettoyage et le quart de travail ayant à effectuer la désinfection. Des audits visuels sont effectués périodiquement, puis diffusés aux gestionnaires et à leurs équipes.

Une collaboration étroite existe entre l'équipe de PCI et le service d'installation matérielle lors de besoin de réaménagements internes. La mise en place d'un processus de priorisation permet de répondre efficacement aux besoins exprimés. Pour les travaux de construction, l'équipe est consultée dès le premier jour et fait donc partie prenante de tout le processus. Un respect scrupuleux des normes est établi.

Le service d'hygiène et salubrité est un incontournable en prévention et contrôle des infections. Les différentes équipes travaillent en étroite collaboration avec le personnel des secteurs et l'équipe de prévention en vue de respecter les bonnes pratiques. Différents moyens sont mis en place afin d'offrir un service de qualité, efficient et efficace, tels que des capsules de formations lors des caucus, jumelage et rétroaction par les pairs.

Le service de santé et mieux-être au travail est activement impliqué lors des enquêtes épidémiologiques touchant les employés ainsi que dans le processus d'immunisation.

L'équipe de prévention de l'Institut travaille de concert avec la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Des communications ont minimalement lieu de façon hebdomadaire. Une table régionale de concertation est en place depuis quelques années, ce qui favorise les échanges ainsi que le partage des expériences vécues.

Durant la visite, il a été constaté que plusieurs zones ne sont pas entretenues conformément aux normes optimales de propreté, ce qui rend difficile un nettoyage efficace. Parmi les exemples notables, on peut citer des murs en plâtre endommagés, des affiches de papier détrempe et des résidus de ruban adhésif sur les armoires et le comptoir.

Le programme SIMDUT (Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail) n'est pas correctement mis en place dans certaines unités de soins visitées. De plus, les bacs de trempage des serviettes dans une solution chlorée pour le nettoyage d'équipements ne sont pas adéquatement étiquetés, bien que le personnel doive porter des gants pour manipuler les serviettes.

Les membres du comité stratégique, l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI), les gestionnaires et le personnel sont soucieux de favoriser et de maintenir une culture organisationnelle de prévention des infections.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Programme de prévention et de contrôle des infections

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Services de retraitement des dispositifs médicaux

Évaluation du chapitre : 96,8 % des critères sont conformes

3,2 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Une amélioration significative est observée depuis la dernière visite. Les nouveaux locaux, opérationnels depuis seulement trois (3) mois, sont le résultat de plusieurs années de travail acharné et d'une planification structurée. Les installations sont à la pointe de la technologie, démontrant une attention particulière aux détails et une préoccupation marquée pour le bien-être des employés, comme en témoigne l'achat d'équipements ergonomiques de pointe. Ces locaux ont été conçus pour répondre aux besoins actuels et anticiper les exigences des 15 prochaines années.

Le prochain défi consiste à finaliser la centralisation du processus de stérilisation des endoscopes, suivi de la mise à jour de l'ensemble des politiques et procédures. Ce projet stratégique contribuera à renforcer encore davantage les normes de qualité et d'efficacité au sein de l'établissement. L'engagement envers l'amélioration continue et la modernisation des pratiques démontrent un souci constant d'optimiser les services fournis, plaçant ainsi l'établissement à l'avant-garde des services de retraitement des dispositifs médicaux.

Tableau 10 : Critères non conformes en matière de Services de retraitement des dispositifs médicaux

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.8	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur l'identification du risque d'une contamination ou d'une infection à prion.	Priorité élevée
9.5.3	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les unités de retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles comportent des aires de travail distinctes pour le nettoyage des dispositifs souillés, la désinfection à haut niveau et l'entreposage.	Priorité normale

Gestion du circuit du médicament

Évaluation du chapitre : 94,2 % des critères sont conformes

5,8 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La structure actuelle implique plusieurs comités avec des responsabilités variées concernant la gestion du circuit du médicament. Une proposition d'amélioration consisterait à instaurer un comité interdisciplinaire dédié à la gestion globale du circuit du médicament. Une alternative pourrait être de réviser le mandat de certains comités existants pour les adapter à cette tâche spécifique.

L'intégration d'un usager-ressource au comité interprofessionnel du comité responsable du circuit du médicament est une initiative qui mérite une attention particulière. L'usager-ressource, en tant que concept, vise à renforcer l'implication active des usagers dans leur propre prise en charge et à favoriser une collaboration étroite entre les professionnels de la santé et les usagers.

Le travail accompli pour rationaliser l'attribution des services pharmaceutiques avec un système de priorisation auprès de la clientèle hospitalisée est impressionnant et reflète un engagement envers l'amélioration continue des soins par l'équipe de la pharmacie. La mise en place de processus efficaces, accompagnés d'indicateurs pertinents, témoigne d'une approche proactive axée sur la qualité et la sécurité des services pharmaceutiques.

La fierté des soins offerts par tous les intervenants est palpable et renforce la réputation de l'établissement en matière de qualité des soins. L'optimisation des services, assurant l'utilisation des connaissances de tous les intervenants par le biais de la mise en place de plusieurs ordonnances collectives, est une approche qui permet une harmonisation des pratiques tout en mettant à profit l'expertise de chaque professionnel de la santé.

L'adoption d'un système de distribution unidose pour les formulations orales des narcotiques et des drogues contrôlées, aligné avec celui des autres médicaments per os, est une mesure judicieuse pour renforcer la sécurité et la gestion appropriée de ces substances. Cette uniformité simplifie également les processus de dispensation.

Il est recommandé dans le cadre de l'acquisition de nouvelles pompes de mettre en place un système d'évaluation de la conformité de l'utilisation des bibliothèques programmées. L'évaluation régulière des données des pompes intelligentes permettra de surveiller la conformité aux protocoles établis et d'identifier toute lacune ou possibilité d'amélioration.

La gestion des déchets pharmaceutiques sur les unités de soins doit être revue pour assurer une élimination appropriée et sécurisée des médicaments, contribuant ainsi à la préservation de l'environnement et à la sécurité de tous.

Tableau 11 : Critères non conformes en matière de Gestion du circuit du médicament

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.1	Le comité interdisciplinaire dispose d'un mandat bien défini pour la gestion du circuit du médicament.	Priorité élevée
10.1.2	Le comité interdisciplinaire comprend des représentants de divers services et au moins un représentant des usagers qui participent à la gestion du circuit du médicament.	Priorité élevée
10.5.1	Les gestionnaires de l'établissement assurent un accès limité aux aires d'entreposage des médicaments.	Priorité élevée
10.5.2	L'équipe de pharmacie s'assure que les conditions d'entreposage des médicaments sont respectées.	Priorité élevée
10.5.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent à la disposition des équipes cliniques une procédure pour la disposition des médicaments contaminés.	Priorité élevée
10.5.10	L'équipe de pharmacie s'assure que les règlements, qui portent sur la manipulation des produits chimiques et des principes actifs utilisés pour les préparations magistrales à la pharmacie, sont respectés.	Priorité élevée
10.8.3	Les équipes cliniques conservent les médicaments oraux à dose unique dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'au moment de l'administration.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.9.2	L'équipe de pharmacie distribue les médicaments en doses unitaires ou dans un emballage multidoses quotidien et les exclusions (p. ex., liquides, préparations topiques, antiacides, otiques ou ophtalmiques, flacons multidoses) sont précisées dans la procédure du département de pharmacie.	Priorité élevée

Aperçu de l'amélioration de la qualité

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval (IUCPQ-UL) ne vise rien de moins que l'excellence. Cet objectif se manifeste dans tous les traceurs, dans toutes les actions ainsi que chez les intervenants rencontrés. Les visiteurs encouragent la poursuite de cette quête de qualité ayant pour cible l'excellence au service de l'utilisateur.