



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

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

Québec, QC

Dates de la visite d'agrément : 13 au 18 novembre 2016

Date de production du rapport : 17 février 2017

## Au sujet du rapport

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en novembre 2016. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

Les résultats du processus d'agrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Agrément Canada se fie à l'exactitude des renseignements qu'il a reçus pour planifier et mener la visite d'agrément, ainsi que pour préparer le rapport d'agrément.

## Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel et fourni par Agrément Canada uniquement à l'organisme. Agrément Canada ne présente ce rapport à aucune autre partie.

En vue de favoriser la transparence et la reddition de compte, Agrément Canada encourage l'organisme à divulguer le contenu de son rapport d'agrément au personnel, aux membres du conseil d'administration, aux usagers, à la communauté et aux autres partenaires.

Toute modification du rapport d'agrément compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

## Un mot d'Agrément Canada

Au nom du conseil d'administration et du personnel d'Agrément Canada, je tiens à féliciter chaleureusement votre conseil d'administration, votre équipe de direction et tout le monde de votre organisme d'avoir participé au Programme d'agrément Qmentum. Le programme Qmentum est conçu de manière à s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. En l'utilisant pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous l'utilisez à sa pleine valeur.

Le présent rapport d'agrément comprend le type d'agrément qui vous est décerné, ainsi que les résultats finaux de votre récente visite, de même que les données découlant des outils que votre organisme a soumis. Veuillez utiliser l'information contenue dans ce rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, pour vous guider dans vos activités d'amélioration.

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre spécialiste en agrément.

Je vous remercie du leadership et de l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les normes	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	15
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>18</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>19</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	20
Processus prioritaire : Gouvernance	20
Processus prioritaire : Planification et conception des services	22
Processus prioritaire : Gestion des ressources	24
Processus prioritaire : Capital humain	25
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	27
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	29
Processus prioritaire : Communication	30
Processus prioritaire : Environnement physique	32
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	33
Processus prioritaire : Cheminement des clients	34
Processus prioritaire : Équipement et dispositifs médicaux	35
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	37
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	38
Ensemble de normes : Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus - Secteur ou service	40
Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service	44
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	47
Ensemble de normes : Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer - Secteur ou service	49

Ensemble de normes : Services d'urgence - Secteur ou service	52
Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique - Secteur ou service	55
Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service	57
Ensemble de normes : Services de médecine - Secteur ou service	60
Ensemble de normes : Services de soins intensifs - Secteur ou service	63
Ensemble de normes : Services périopératoires et les interventions invasives - Secteur ou service	67
Ensemble de normes : Services transfusionnels - Secteur ou service	72
Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service	74
Ensemble de normes : Soins et services à domicile - Secteur ou service	77
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	<b>80</b>
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	80
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers	84
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	86
Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	87
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>88</b>
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	<b>89</b>

## Sommaire

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

Le présent rapport fait état des résultats à ce jour et est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

Il convient de féliciter l'organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

## Décision relative au type d'agrément

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval a obtenu le type d'agrément qui suit.

### **Agréé avec mention**

L'organisme dépasse les exigences de base du programme d'agrément.

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 13 au 18 novembre 2016**

- **Emplacement**

L'emplacement suivant a été évalué pendant la visite d'agrément.

1. Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

- **Normes**

Les ensembles de normes suivants ont été utilisés pour évaluer les programmes et les services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

***Normes relatives à l'ensemble de l'organisme***

1. Gestion des médicaments
2. Gouvernance
3. Leadership
4. Prévention et contrôle des infections

***Normes sur l'excellence des services***

5. Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus - Normes sur l'excellence des services
6. Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Normes sur l'excellence des services
7. Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
8. Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer - Normes sur l'excellence des services
9. Services d'urgence - Normes sur l'excellence des services
10. Services d'imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
11. Services de laboratoires biomédicaux - Normes sur l'excellence des services
12. Services de médecine - Normes sur l'excellence des services
13. Services de soins intensifs - Normes sur l'excellence des services
14. Services périopératoires et les interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
15. Services transfusionnels - Normes sur l'excellence des services
16. Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
17. Soins et services à domicile - Normes sur l'excellence des services

- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers
3. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
- . Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

## Analyse 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 normes 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.

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.)	48	0	2	50
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	78	2	0	80
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	600	15	29	644
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	124	1	3	128
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	371	17	1	389
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	67	1	2	70
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	993	41	21	1055
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	61	0	1	62
<b>Total</b>	<b>2342</b>	<b>77</b>	<b>59</b>	<b>2478</b>

## Analyse selon les normes

Les normes Qmentum permettent de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins sécuritaires et de haute qualité qui sont gérés efficacement. Chaque norme est accompagnée de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à celle-ci.

Les normes relatives à l'ensemble de l'organisme portent sur la qualité et la sécurité à l'échelle de l'organisme dans des secteurs comme la gouvernance et le leadership, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de populations, de secteurs et de services bien précis. Les normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des ensembles de normes qui ont servi à évaluer les programmes et les services de l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	43 (100,0%)	0 (0,0%)	7	29 (100,0%)	0 (0,0%)	7	72 (100,0%)	0 (0,0%)	14
Leadership	49 (100,0%)	0 (0,0%)	0	96 (100,0%)	0 (0,0%)	0	145 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Prévention et contrôle des infections	40 (100,0%)	0 (0,0%)	1	29 (100,0%)	0 (0,0%)	2	69 (100,0%)	0 (0,0%)	3
Gestion des médicaments	71 (98,6%)	1 (1,4%)	6	63 (100,0%)	0 (0,0%)	1	134 (99,3%)	1 (0,7%)	7
Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus	84 (100,0%)	0 (0,0%)	3	116 (98,3%)	2 (1,7%)	0	200 (99,0%)	2 (1,0%)	3
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	29 (82,9%)	6 (17,1%)	3	33 (71,7%)	13 (28,3%)	2	62 (76,5%)	19 (23,5%)	5
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	46 (95,8%)	2 (4,2%)	5	60 (98,4%)	1 (1,6%)	2	106 (97,2%)	3 (2,8%)	7

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	66 (100,0%)	0 (0,0%)	0	90 (97,8%)	2 (2,2%)	0	156 (98,7%)	2 (1,3%)	0
Services d'urgence	71 (100,0%)	0 (0,0%)	0	105 (98,1%)	2 (1,9%)	0	176 (98,9%)	2 (1,1%)	0
Services d'imagerie diagnostique	64 (98,5%)	1 (1,5%)	2	65 (95,6%)	3 (4,4%)	1	129 (97,0%)	4 (3,0%)	3
Services de laboratoires biomédicaux	62 (87,3%)	9 (12,7%)	0	97 (93,3%)	7 (6,7%)	1	159 (90,9%)	16 (9,1%)	1
Services de médecine	44 (97,8%)	1 (2,2%)	0	75 (97,4%)	2 (2,6%)	0	119 (97,5%)	3 (2,5%)	0
Services de soins intensifs	50 (100,0%)	0 (0,0%)	0	113 (98,3%)	2 (1,7%)	0	163 (98,8%)	2 (1,2%)	0
Services périopératoires et les interventions invasives	112 (99,1%)	1 (0,9%)	2	107 (98,2%)	2 (1,8%)	0	219 (98,6%)	3 (1,4%)	2
Services transfusionnels	65 (97,0%)	2 (3,0%)	8	62 (92,5%)	5 (7,5%)	2	127 (94,8%)	7 (5,2%)	10
Soins ambulatoires	43 (97,7%)	1 (2,3%)	2	76 (97,4%)	2 (2,6%)	0	119 (97,5%)	3 (2,5%)	2
Soins et services à domicile	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	67 (90,5%)	7 (9,5%)	1	115 (94,3%)	7 (5,7%)	1
<b>Total</b>	<b>987 (97,6%)</b>	<b>24 (2,4%)</b>	<b>39</b>	<b>1283 (96,2%)</b>	<b>50 (3,8%)</b>	<b>19</b>	<b>2270 (96,8%)</b>	<b>74 (3,2%)</b>	<b>58</b>

\* N'inclut pas les POR (Pratiques organisationnelles requises)

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'organisme doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité qui sont divisés en deux catégories : les principaux tests et les tests secondaires. L'organisme doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité pour être jugé conforme à la POR.

Ce tableau fait état des cotes qui ont été attribuées selon les POR pertinentes.

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Analyse prospective liée à la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Divulgence des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Gestion des événements (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	7 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services d'urgence)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de médecine)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins intensifs)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	8 sur 8	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins et services à domicile)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Identification des usagers (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services d'urgence)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Identification des usagers (Services de laboratoires biomédicaux)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services de médecine)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services transfusionnels)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Liste de contrôle d'une chirurgie (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services d'urgence)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de médecine)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de soins intensifs)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins et services à domicile)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services d'urgence)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services de médecine)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services de soins intensifs)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Cheminement des usagers (Leadership)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des usagers : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention des chutes (Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Services d'urgence)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Services de médecine)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2
Prévention des chutes (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Services d'urgence)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

### **L'équipe de visiteurs a fait les observations suivantes au sujet de l'ensemble des points forts, des possibilités d'amélioration et des défis de l'organisme.**

Le conseil d'administration actuel est en place depuis la réforme de 2015 et comprend à la fois des membres qui ont siégé au conseil antérieur et de nouveaux membres. Tous s'entendent pour dire qu'il y a une belle diversité au sein du conseil, ce qui facilite les échanges.

Le conseil a reçu et continue de recevoir de la formation sur les approches de gouvernance et les meilleures pratiques dans ce domaine. Les politiques et règlements du conseil ont été revus et adoptés et le conseil a établi non seulement ses comités statutaires, mais également des comités supplémentaires en fonction des besoins du conseil afin de suivre les activités de l'organisation. La constitution d'un comité axé sur l'accès aux soins et services dénote la volonté du conseil de suivre les domaines de défis pour l'organisme et d'avoir un souci clientèle.

Il existe une relation de collaboration entre le conseil et la direction; les membres du conseil ont exprimé leur satisfaction face à la transparence de la direction et au support accordé au conseil.

Le conseil a commencé l'élaboration d'un plan clinique de concert avec la direction et avec l'apport tant des usagers que des partenaires. De plus, le conseil a établi un processus d'évaluation de ses activités qui sera implanté en juin 2017.

Des partenariats formels et informels existent avec les autres organismes locaux et régionaux du réseau de la santé. Rencontres administratives, rencontre des présidents-directeurs généraux, partage de services, comme au niveau de la gestion de l'informatique, et la création des corridors de transfert de la clientèle, comme les usagers de l'urgence avec besoin de chirurgie générale transférés à l'Hôpital Saint-François D'Assise, sont quelques exemples de ces partenariats. Des liens existent également avec la communauté et l'apport de la Fondation en ce sens est à souligner. Il existe également des liens étroits avec les maisons d'enseignement qui ont d'ailleurs souligné l'excellent accueil reçu par les étudiants et l'esprit de collaboration démontré par l'Institut.

Une nouvelle structure organisationnelle a été implantée en avril 2016 afin de répondre aux exigences ministérielles. Malgré cela, la direction est très engagée, très présente. Une gestion de proximité est favorisée. Il y a un souci important d'efficacité, de qualité et de développer un climat de travail positif et valorisant au sein de la direction. Dans les dernières années, la direction a promu l'implantation de plusieurs projets LEAN, plus de 75 à ce jour et la direction générale veut bientôt transiter vers une approche de gestion globale LEAN. Cela est souhaitable, car, malgré une très forte mobilisation des employés et des médecins envers les projets LEAN, il y a un risque d'essoufflement si la cadence de production des projets est maintenue telle quelle.

Le personnel démontre une forte appartenance à l'organisation et dessert la clientèle avec un dévouement évident. Le climat de travail est très bon et les membres du personnel rencontrés ont tous mentionné qu'ils se sentent valorisés au sein de l'organisation. Cela n'est pas sans rapport avec l'adhésion de l'établissement à "Entreprise en santé" et sa reconnaissance comme telle. De nombreux efforts ont été mis pour être à l'écoute des employés, gérer tant que faire se peut les horaires de travail en fonction des besoins des employés et instaurer une culture de reconnaissance de la contribution des employés.

Le résultat est une attraction importante pour l'organisme, avec très peu de difficultés de recrutement, des taux de roulement bas, des taux d'utilisation des heures supplémentaires également bas et l'absence de main-d'oeuvre indépendante.

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec est un centre d'excellence en soins tertiaires et quaternaires dans les axes de cardiologie, pneumologie et chirurgie bariatrique. Il offre d'excellents services, combinés à des activités de recherche de pointe et à de l'enseignement pour plusieurs professionnels et non professionnels. Le personnel est dévoué, la communauté médicale est engagée, l'approche est multidisciplinaire, l'amélioration de la qualité et la culture de la mesure sont présents partout. Des tableaux de bord concis et clairs sont régulièrement partagés du conseil d'administration jusqu'aux unités de soins pour suivre les indicateurs de performance. L'instauration dans plusieurs secteurs de "caucus", ou temps d'arrêt de quelques minutes pour faire une brève réunion d'équipe, favorise la communication et l'implication ainsi que la dissémination d'information sur les indicateurs.

Dans les points à signaler, on retrouve, la synergie entre la recherche et les services cliniques, les deux couvrant les mêmes axes de développement. On ne peut passer sous silence les résultats impressionnants en prévention et contrôle des infections à la suite du développement de plusieurs mesures efficaces de surveillance et à la mise en place d'une véritable culture organisationnelle en prévention et contrôle des infections. Seule l'hygiène des mains demeure un défi que l'organisme veut continuer à améliorer dans les prochaines années.

Tous les clients rencontrés ont manifesté une grande satisfaction par rapport aux soins et services reçus. À ce sujet, l'établissement a commencé depuis quelques années à impliquer les patients dans les processus consultatifs et décisionnels dans le cadre du Programme patient-partenaire; ainsi des patients font partie de certains comités de l'organisme et le comité des usagers est très actif et sollicité. Il y a également une volonté de réorienter le processus d'évaluation de la satisfaction de la clientèle vers un processus d'évaluation de l'expérience patient.

Les laboratoires de l'Institut comprennent quatre grands services, soit la biochimie, l'hématologie, la microbiologie et la pathologie. Les laboratoires de l'Institut traitent un volume annuel de plus de 2.5 millions d'analyses par année. Les efforts déployés au sein des laboratoires sont à reconnaître et sont reconnus par de nombreux prix et distinctions dont notamment le Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux qui fut remis au laboratoire de pathologie moléculaire du cancer du poumon. Ces prix et distinctions de concert avec les efforts quotidiens des employés, permettent à l'organisation de se positionner et de jouer son rôle de leader au sein du réseau.

L'établissement est très préoccupé par la gestion de l'accès à ses services pour la clientèle. Plusieurs mesures d'amélioration de la performance ont permis d'accroître le nombre d'utilisateurs desservis, mais la demande continue d'augmenter. C'est un défi de taille pour l'organisation qui devra l'amener à consolider ses alliances avec les autres centres de la région ainsi qu'avec tous ses centres référents et à poursuivre les discussions avec les instances du ministère.

## Résultats détaillés relatifs aux pratiques

Chaque POR est associée à l'un des buts suivants en matière de sécurité des usagers, soit la culture de sécurité, la communication, l'utilisation des médicaments, le milieu de travail ou les effectifs, la prévention des infections, ou l'évaluation des risques.

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Identification des usagers</b> En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services de médecine 9.2</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b> Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou les soignants (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soins ambulatoires 8.5</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Prévention des chutes</b> Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services de médecine 8.6</li> </ul>

## Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. En examinant ces résultats, il importe de s'attarder aux résultats pour l'excellence des services et l'ensemble de l'organisme en même temps puisqu'ils sont complémentaires. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Agrément Canada définit les processus prioritaires comme des secteurs critiques et des mécanismes qui ont des répercussions importantes sur la qualité et la sécurité des soins et services. Les processus prioritaires offrent un point de vue différent de celui que fournissent les normes, car les résultats sont organisés en fonction de thèmes qui se recoupent dans l'ensemble des unités, des services et des équipes.

Par exemple, le processus prioritaire qui traite du cheminement des usagers englobe des critères provenant d'un certain nombre d'ensembles de normes qui touchent chacun à divers aspects du cheminement des usagers, de la prévention des infections à l'établissement d'un diagnostic ou à la prestation de services chirurgicaux au moment opportun. Cela offre une image complète de la façon dont les usagers sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou les services.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, expliquent ce qui justifie la cote attribuée et émettent des commentaires sur chaque processus prioritaire.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux processus prioritaires. Les explications qui justifient la cote de non-conformité attribuée à certains critères se trouvent en ligne dans le plan d'amélioration de la qualité du rendement de l'organisme.

Veuillez consulter l'annexe B pour une liste des processus prioritaires.

**INTERPRÉTATION DES TABLEAUX DE LA PRÉSENTE SECTION : Les tableaux font état de tous les critères non respectés de chaque ensemble de normes, indiquent les critères à priorité élevée (qui comprennent des POR) et fournissent les commentaires des visiteurs pour chaque processus prioritaire.**

**Les symboles suivants accompagnent les critères à priorité élevée et les tests de conformité aux POR :**



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Test principal de conformité aux POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité aux POR

## Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires

Les résultats dans cette section sont d'abord présentés en fonction des processus prioritaires, puis en fonction des ensembles de normes.

Certains processus prioritaires de cette section s'appliquent aussi aux normes sur l'excellence des services. Les résultats découlant des critères où il y a non-conformité et qui sont aussi liés aux services, devraient être transmis à l'équipe concernée.

### Processus prioritaire : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

À la suite à l'adoption de la loi 10 au Québec au printemps 2015, l'Institut a fonctionné sans conseil d'administration (CA) pendant 8 mois.

Par ailleurs, l'ensemble des résolutions entérinées par l'équipe de direction lui a été soumis dès son entrée en fonction.

À la suite de la refonte, le président-directeur général (PDG) et certains membres du CA ont été nommés par le ministre.

Le CA est régi par un encadrement rigoureux constitué de règlements et de règles. Les membres doivent déclarer leurs conflits d'intérêts; les réunions sont publiques et un rapport de gestion est produit chaque année.

Pour assurer une bonne compréhension des risques et des enjeux, différents aspects nécessaires à une bonne gestion hospitalière sont regroupés sous forme de sous-comités. Certains sont obligatoires par la loi, d'autres sont volontaires pour une utilisation optimale du temps lors des rencontres du CA.

Le CA de l'Institut s'est aussi inscrit dans l'approche patient-partenaire de soins et nous avons constaté que les usagers et leurs familles sont représentés à plusieurs comités, des plus stratégiques (ex. : comité des ressources technologiques et immobilières) jusqu'au comité très près des préoccupations quotidiennes des usagers, soit le comité des usagers.

Les nouveaux membres du CA, et même ceux qui ont vu leurs mandats renouvelés, ont bénéficié d'un programme d'orientation quant à leur rôle et à une présentation et visite de l'Institut.

Malgré la courte existence du CA, les membres ont complété l'Outil de fonctionnement de la gouvernance.

Cela a permis d'apporter des clarifications sur les différents sous-comités et l'outil sera utilisé sur une base régulière pour améliorer le fonctionnement et le rendement du CA.

Les comités, comité de vigilance et de la qualité ainsi que le comité de vérification, reçoivent toute l'information pour bien participer. L'information arrive clairement et les membres la reçoivent à temps. Des documents et rapports sont aussi disponibles pour les membres sur le microsite (site de documents partagés).

Eu égard à l'absence dorénavant d'exercice de planification stratégique (locale), les membres du CA ont eu l'excellente idée de former un sous-comité portant sur l'accès aux soins et services.

Il est de plus fort intéressant de constater que l'ensemble des risques est distribué dans les différents sous-comités et donc suivi par des gens attentifs et concernés.

Il est très intéressant de voir la synergie installée entre l'équipe de gouvernance et celle de leadership.

Les liens avec les partenaires sont bien établis pour le continuum de soins ainsi que pour les missions d'enseignement et de recherche.

## Processus prioritaire : Planification et conception des services

Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'Institut est un leader canadien dans les soins tertiaires et quaternaires de cardiologie, de pneumologie et de bariatrie. Il dessert tout l'est du Québec.

Il entretient des liens serrés avec le CIUSSS de son bassin de desserte immédiat de même qu'avec les CISSSS des régions environnantes et les hôpitaux du nord du Nouveau-Brunswick.

L'Institut a fait un exercice de planification stratégique : un institut unique pour 2014-2017. En plus d'une offre de soins et de services ultraspécialisés ainsi que de services complémentaires, l'Institut collabore à la formation médicale des médecins et des professionnels de la santé de même qu'à d'autres types d'emplois. L'Institut a aussi une mission de recherche où les axes stratégiques de recherche sont parfaitement alignés sur les trois grands programmes cliniques. L'Institut participe aussi à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Au cours des 18 derniers mois, l'Institut a dû arrimer les priorités et les objectifs de sa planification stratégique à la planification stratégique du Ministère de la Santé et des Services sociaux à la suite de la réforme d'avril 2015.

Des plans opérationnels ont été rédigés et sont suivis avec beaucoup de rigueur.

L'Institut est dans un mode action, tous les intervenants sont impliqués et les usagers peuvent être mis à contribution. Ils peuvent être consultés ou mis à contribution en fonction des sujets abordés.

Depuis la dernière année, un plan de services cliniques est en développement. Les cheminements des usagers sont identifiés (les parcours), la logistique (pour assurer une fluidité de la clientèle) de même que la nécessité de revoir les façons de faire. Les équipes devront se projeter dans l'avenir pour être en mesure de répondre aux besoins grandissants de sa clientèle.

La démarche est structurée et il y a une très grande transparence quant à l'information qui circule. La culture de gestion Lean s'implante progressivement et tout est mis en place pour que chaque intervenant puisse intervenir le moment précis.

Les défis liés à l'accessibilité sont très présents et l'organisme a une capacité d'ajustement et de résilience incroyable. Le travail réalisé à la prévention et contrôle des infections de même que les études sur le cheminement des usagers contribuent jour après jour à maintenir cette accessibilité.

Les différents projets sont rassembleurs et mobilisateurs afin que l'Institut remplisse bien sa mission comme chef de file qui se distingue par son expertise et ses innovations tel que mentionné dans le plan stratégique 2014-2017.

## Processus prioritaire : Gestion des ressources

Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

La planification du budget et le suivi budgétaire sont faits avec beaucoup de rigueur. La démarche est décentralisée et chaque direction peut compter sur l'aide d'un conseiller pour la compréhension et l'interprétation des résultats financiers.

L'allocation budgétaire se fait selon des critères connus : en lien avec les orientations ministérielles et organisationnelles, en lien avec l'amélioration de la qualité et de la sécurité, en lien à un nouveau besoin pour répondre encore mieux à la clientèle desservie.

Il est possible pour les directeurs de faire des réallocations à l'intérieur de leur budget. Les changements majeurs doivent être discutés au comité de direction et au CA.

Des économies reliées aux achats regroupés sont partagées en partie dans le budget de fonctionnement pour combler le déficit quand nécessaire tandis que l'autre partie des économies générées permet une augmentation de volume dans certains services, donc accroît l'accessibilité.

Les enveloppes sont bien définies entre les budgets de fonctionnement, les enveloppes d'équipements médicaux et des non médicaux ainsi que les projets immobiliers.

L'identification des priorités s'étale sur plusieurs années; il est aussi possible d'associer les projets de rénovation aux projets des acquisitions majeures qui nécessitent des réaménagements.

Le directeur des services techniques et son adjoint sont fiers des derniers travaux réalisés qui sécurisent les services publics (électricité et eau).

L'ensemble des activités réalisées par la Direction des ressources financières et de la logistique et la Direction des services techniques contribue à la réalisation de la mission de l'Institut.

## Processus prioritaire : Capital humain

Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'équipe des ressources humaines (RH) que nous avons rencontrée est très soucieuse de répondre aux besoins de ses clients.

Chacun des conseillers est intégré dans les équipes de coordination cliniques et non cliniques. Ils participent aux réunions et peuvent intervenir rapidement pour clarifier ou apporter des solutions à certaines problématiques soulevées.

Comme la culture Lean transcende dans l'organisation, l'équipe RH a travaillé sur quelques-uns de ses processus internes : dotation accélérée du personnel, libérations syndicales, par exemple.

Les différentes initiatives mises en place par l'Institut font de lui un employeur très attrayant. Il n'y a pas de pénuries importantes de personnel sauf pour quelques titres d'emploi bien ciblés et il n'y a pas de main-d'œuvre indépendante sauf pour les agents de sécurité.

Selon les plans prévisionnels des effectifs, les recrutements sont ciblés. Les personnes retenues sont invitées à se présenter à une entrevue et une équipe s'occupe par la suite de la prise des références et du bilan de santé.

Les nouveaux employés bénéficient d'une journée d'accueil et d'une période d'orientation adaptée au titre d'emploi et aux compétences de la personne. Les employés peuvent aussi consulter leur description de fonction ainsi que les organigrammes.

Comme entreprise en santé, l'Institut est soucieux de la qualité de vie au travail : des saines habitudes de vie jusqu'aux aménagements des horaires de travail.

Il existe une politique contre la violence et le harcèlement au travail (la nouvelle version sera provinciale) et une aussi sur la vaccination.

Le personnel bénéficie de mise à jour des carnets de santé et reçoit différents conseils quant aux maladies contagieuses (influenza, gastro).

Ses différentes mesures semblent porter fruit, car les taux d'heures supplémentaires, d'absence-maladie et d'accidents de travail sont inférieurs aux moyennes provinciales.

Des programmes de formation continue et de développement des compétences sont présents et les besoins de formation sont identifiés selon les priorités organisationnelles.

Des activités d'appréciation de la contribution et de reconnaissance (gala, corrid'art, affiches bon coup!) se déroulent tout au long de l'année et le taux de participation est en croissance.

## Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

La gestion intégrée de la qualité et la sécurité occupe une place importante au sein de cette organisation. L'engagement des personnes à tous les niveaux, tant le CA que les équipes terrain, vis-à-vis la qualité et la sécurité est très évidente. De plus, l'organisation a adopté depuis quelque temps l'approche «patient-partenaire».

L'établissement est félicité pour son engagement au niveau de l'approche LEAN. Nous pouvons apprécier la fierté des équipes qui ont chacune mené à terme un projet LEAN avec des résultats mesurables et très souvent avec l'apport de l'utilisateur et la famille. Soulignons la participation active des usagers au comité de projet Lean et au comité de gestion des risques cliniques.

L'introduction des caucus et des stations visuelles partant de la haute direction jusqu'aux unités de soins et les services de soutien démontre le souci de tous à améliorer les services offerts. Cette façon de faire permet un forum pour adresser des sujets qui interpellent les différents acteurs et permet également des interventions rapides et la transmission de la même information très rapidement.

L'équipe est félicitée pour le nombre et la qualité des outils de communication.

Un plan de sécurité des usagers est en place avec des cibles clairement établies, de même que les personnes responsables. Cet outil permet de voir rapidement les objectifs et initiatives visés.

L'établissement a aussi réalisé un exercice du risque organisationnel majeur pour des projets de construction selon le modèle d'évaluation des risques développé par l'Institut. Cet exercice a permis d'identifier tous les risques potentiels, tant au niveau de la clientèle que financiers, pour ne nommer que ces deux catégories.

Le conseil d'administration reçoit les informations de façon régulière sur les incidents/accidents, les événements sentinelles, les recommandations et les suivis assurés. La présentation concise et très visuelle est grandement appréciée de tous.

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services intervient de façon proactive. Sa rétroaction auprès des usagers et les équipes est très appréciée.

Les conseils multidisciplinaire et infirmier occupent une place importante dans l'approche amélioration de qualité et sécurité. Il est important de noter le projet conjoint sur lequel travaillent les conseils en vue d'en arriver à une grille d'évaluation de l'utilisateur conjointe.

Nous avons pu constater l'excellente collaboration, communication et ouverture à des suggestions entre les diverses directions impliquées dans la gestion des risques. Les équipes sont encouragées à poursuivre cet excellent travail.

## Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes

Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'Institut dispose d'un cadre conceptuel en matière d'éthique (novembre 2012). Il est aussi en révision.

Les notions d'éthique transcendent dans l'organisation; du comité de gouvernance et d'éthique du CA jusqu'au code d'éthique à l'égard des soins offerts aux usagers (décembre 2015). Dans ce code d'éthique, l'Institut s'engage en son nom et en celui de ses intervenants à fournir une information complète et de qualité qui permettra à l'utilisateur de prendre des décisions éclairées quant à ses soins de même, il s'engage également de fournir des soins humains de qualité et personnalisés.

Il est intéressant de constater auprès des membres du comité d'éthique clinique leur engagement sur les points cités ci-haut.

Différentes activités de formation et de visibilité du comité d'éthique ont eu lieu au cours de la dernière année. Le déjeuner-causerie sur l'approche patient-partenaire de soins a été un vif succès.

Malgré tout, le comité remarque qu'ils sont peu consultés pour des situations éthiques ponctuelles. Une collecte de données a été réalisée pour bien connaître les perceptions et les attentes du personnel médical et des professionnels. Des pistes de solutions ont été identifiées par un apport ciblé des équipes interdisciplinaires, l'implication du gestionnaire de 1er niveau et les stations visuelles qui favorisent les échanges.

Le comité a aussi identifié des questionnements éthiques différents selon sa provenance (ex. : médecin vs infirmière) dans un centre de référence tertiaire et quaternaire.

Dans l'optique du consentement éclairé et de la qualité et la sécurité des soins et services, le comité d'éthique à la recherche exerce bien son rôle. Lors de l'étude des protocoles qui lui sont soumis, les membres du comité examine l'identification et la sollicitation de l'utilisateur, le consentement éclairé, la possibilité de se retirer en tout temps du projet de recherche sans conséquence, de l'impact du traitement expérimental si le patient se retire avant la fin ou lorsque l'étude se termine. Ils sont très attentifs eux aussi à une prestation de soins de qualité et sécuritaire.

\* Extrait du code d'éthique

## Processus prioritaire : Communication

Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'Institut dispose d'un plan directeur triennal des communications 2014-2017 qui sert de levier dans le cadre de la réalisation des stratégies de l'organisation permettant d'identifier les actions de communication efficaces et prioritaires.

Les activités de communication suscitent l'adhésion et mobilisent le personnel, les partenaires et le public en général. De nombreux outils font partie de la stratégie de déploiement de l'Institut. Entre autres, l'agenda standard vise la standardisation de la planification des rencontres statutaires de l'organisation afin d'ordonner celles-ci et d'accroître la rapidité de la prise de décision à tous les niveaux. Il vise à réduire la durée des rencontres et inclut l'introduction de caucus et de tableau visuel.

Depuis le 5 septembre 2016, l'Institut dispose d'une salle de pilotage dans laquelle les dirigeants participent à des rencontres régulières avec leurs équipes pour faire le point sur la performance actuelle et engager la discussion pour améliorer la performance future.

On encourage l'équipe du service des communications à poursuivre les démarches concernant le développement des réseaux sociaux, YouTube, twitter, Facebook.

Le Service des archives médicales a mis en place un processus de numérisation rigoureux. L'équipe des archives numérise plus de 25 000 feuilles par jour. Le délai pour la numérisation est moins de 24 heures. L'Institut a implanté le dossier clinique informatisé (DCI), le dossier patient électronique intégré au DCI et le dossier santé Québec (DSQ).

On encourage le Service des archives à revoir le processus de la prise des rendez-vous de la clientèle en eu seul point de chute.

L'Institut a collaboré à la rédaction d'une politique relative à la sécurité de l'information avec le CHU de Québec, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le CISSS de Chaudière-Appalaches. Cette collaboration permet notamment d'établir une approche semblable en matière de gestion de la sécurité de l'information. La politique détermine pour l'ensemble des utilisateurs, les comportements à adopter afin de s'assurer de l'utilisation appropriée de ses actifs informationnels et de ses informations.

Le personnel rencontré est engagé et se dévoue aux divers aspects entourant la gestion de l'information clinique et les systèmes qui en assurent la sécurité.

Diverses activités de communication avec les publics internes et externes sont réalisées et l'on note un grand souci des équipes pour la qualité des productions écrites et visuelles. Les vidéos destinés à la clientèle, disponibles sur le site de l'organisme, sont très intéressants et abordent divers aspects concernant la sécurité des patients.

## Processus prioritaire : Environnement physique

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'équipe de l'environnement est soucieuse de maintenir les lieux accessibles, sécuritaires et propices à la guérison.

Les dernières rénovations démontrent l'intérêt de l'organisation à repenser et à reconfigurer ses espaces pour mieux répondre aux besoins de la population. Il est aussi conçu pour répondre aux personnes à mobilité réduite.

Certaines rénovations faites au bloc opératoire ou dans les cuisines permettent et permettront des espaces de travail plus agréables et diminueront les risques de blessures ou d'inconfort.

Des travaux majeurs ont aussi été réalisés sur les services publics d'aqueduc et d'électricité pour éliminer les pannes.

Il n'y a pas de croisées de matériel propre et souillé, ce qui permet de conserver l'intégrité du propre.

Lors de travaux, des sas de sécurité sont en place pour délimiter les zones de construction et protéger l'environnement (airs, poussières).

Les ateliers sont propres, les matières dangereuses bien entreposées et les équipements de protection disponibles.

Il existe, par ailleurs, un défi au Service de l'approvisionnement (magasin) pour le maintien d'une température adéquate pour les produits qui y sont entreposés. Durant certaines périodes de l'année, il y fait assez chaud près de 25 degrés Celsius, ce qui pourrait compromettre la stabilité du matériel (solutés, bandelettes).

Les usagers sont satisfaits de la propreté des chambres et des aires communes.

## Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'organisme dispose d'un plan de mesure d'urgence dans chaque département, adapté à chacun des secteurs respectifs. Des planches d'action expliquent la procédure à suivre pour chaque code de couleur. Des algorithmes et procédures ont été développés pour assurer une bonne gestion des mesures d'urgence lors de panne électrique et lors de panne d'eau.

En juin 2014, un exercice de table de réception massive de sinistrés en partenariat avec les services ambulanciers a eu lieu. Vingt-sept victimes fictives ont été vues dans les délais prévus. L'équipe des mesures d'urgence s'assure d'avoir des exercices de simulation régulière. Lors de la visite, un exercice de simulation code vert a eu lieu avec une unité de soins fictifs de dix patients.

Au niveau des mesures d'urgence, nous devons souligner la grande qualité des documents produits et des travaux effectués dans les dernières années en vue d'assurer la sécurité des lieux et des services.

L'Institut dispose d'un calendrier de formation des mesures d'urgence sur trois ans, qui inclut la formation théorique, la formation pratique avec exercice ainsi que la formation aux agents de sécurité. Le personnel a accès à de la formation régulière.

L'équipe des mesures d'urgence a identifié les priorités en sécurité. On encourage cette équipe à donner de la formation au personnel concernant les urgences suivantes : une panne de réseau de distribution d'oxygène et le déversement de matières dangereuses à l'intérieur d'un établissement.

On encourage l'organisme à intégrer le plan des mesures d'urgence sécurité civile au plan de mesures d'urgence existant.

En octobre 2016, l'Institut a eu un avis de la ville d'une baisse au niveau de l'approvisionnement en eau. Dans le cadre des travaux de construction à l'entrée principale, une valve d'eau avait été fermée et cela a causé une panne d'eau d'environ 45 minutes.

Une séance de rétroaction s'est tenue avec les principaux acteurs concernés et des mesures d'amélioration ont été identifiées et mises en place. Certaines modifications seront apportées aux planches d'action des laboratoires, comme par exemple la sorte d'eau nécessaire et la quantité exacte qui devra être envoyée par le magasin.

## Processus prioritaire : Cheminement des clients

Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Les usagers qui sont admis à l'Institut proviennent principalement de trois endroits : de l'urgence, de la maison, des services ambulatoires.

Les patients qui se présentent à l'urgence et qui nécessitent d'être hospitalisés ont en général accès à un lit et au bon lit assez rapidement. Seulement 10 % des patients sur civière ont un séjour de plus de 24 heures.

Les usagers peuvent aussi être orientés vers des cliniques médicales du territoire, des cliniques spécialisées de prise en charge des maladies chroniques ou à leur médecin de famille.

Les patients admis peuvent aussi provenir de la maison pour une admission reliée à une investigation ou intervention chirurgicale.

Certains usagers se présentant pour interventions de diagnostics et de traitements plus invasifs qui peuvent se terminer par une hospitalisation.

Tout est fait pour permettre une accessibilité rapide aux lits : surveillance des grands utilisateurs par le programme Alliance, le recours à une travailleuse sociale réseau (TSR) pour la sortie des usagers plus complexes, orienter vers l'extérieur les patients avec un niveau de soins alternatifs (hébergement, réadaptation, convalescence, soins palliatifs).

Lors de débordement de la salle d'urgence et d'une occupation totale des lits, des équipes se rencontrent pour avoir un bon topo de la situation et proposer des options pour maintenir la capacité d'admettre les usagers.

Un tableau de bord informe quotidiennement les directeurs, les chefs médicaux et les gestionnaires des situations qui prévalent à l'Institut. Le matin, les différents professionnels prennent connaissance des informations et regardent comment ils peuvent améliorer la situation dans leurs services.

Les différentes listes d'attente (à l'interne, à domicile ou dans d'autres centres hospitaliers) sont révisées et repriorisées pour traiter les usagers les plus urgents et dans les délais prévus.

Lorsque les patients quittent l'établissement, un suivi est fait auprès des partenaires et des médecins de famille pour la continuité des soins, lorsque cela s'applique.

## Processus prioritaire : Équipement et dispositifs médicaux

Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables</b>	
3.3 Le service de retraitement des appareils médicaux est conçu de manière à empêcher la contamination croisée de l'équipement ou des appareils, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les différentes aires de travail.	!
3.6 Pour les planchers, les murs, les plafonds, les installations fixes, la tuyauterie et les surfaces de travail, l'organisme choisit des matériaux qui limitent la contamination, qui facilitent le nettoyage et la décontamination et qui ne répandent pas de particules ou de fibres.	
11.3 Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie comportent des aires de travail séparées pour le nettoyage et la décontamination, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	!

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'Institut est félicité pour les nombreux changements apportés au niveau de la gouvernance à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux depuis la dernière visite d'agrément en 2012. La coordination de toutes les activités de retraitement et de stérilisation relève dorénavant d'une même personne, peu importe où sont effectuées les activités de retraitement à l'extérieur du service sauf pour la dentisterie. Le rapatriement des activités de retraitement en échographie doit se faire sous peu. De plus, la personne responsable de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) agit comme répondant professionnel en soutien aux secteurs non encore rapatriés.

Grâce à un travail conjoint avec la directrice des ressources humaines (DRH) et le syndicat, les postes de préposés à la stérilisation affichés récemment exigent une formation spécifique en stérilisation, ce qui rehausse le niveau de compétences de l'équipe et assure une qualité et une sécurité. De nombreuses formations sur le terrain ou disponibles en ligne ont été offertes à l'ensemble du personnel déjà en place. Afin d'assurer la polyvalence et une couverture dans tous les secteurs du service, tous les employés reçoivent une orientation allant de 30 jours à six semaines dans tous les secteurs de l'unité. L'équipe est félicitée pour son initiative au niveau de l'évaluation de la compétence du personnel afin d'assurer que chacun a les connaissances et compétences nécessaires requises pour accomplir ses tâches et que les procédures opérationnelles normalisées sont respectées.

L'amélioration de la qualité et la performance est une priorité pour l'équipe comme démontré par le travail fait à l'intérieur d'un projet LEAN qui s'est penché sur le volume/nombre du matériel retraité grandissant et voir comment on pouvait y faire face et l'attention portée aux situations de non-conformités.

Un plan de contingence est élaboré avec un partenaire du réseau afin d'assurer la prestation du service si une situation majeure telle que bris d'aqueduc ou autre situation empêchait de fournir le service.

Le programme d'entretien préventif est bien installé et apprécié par l'équipe et une belle collaboration est en place avec le Service de génie biomédical (GBM) et l'URDM. De plus, grâce à la haute expertise des professionnels au Service de GBM, les bris d'équipements sont pris en charge rapidement et efficacement.

La gestion des rappels relève du Service de génie biomédical qui interpelle le ou les secteurs concernés afin qu'ils interviennent. Cependant, l'établissement est encouragé à boucler la boucle et s'assurer que le GBM reçoive une copie des actions prises.

## Résultats pour les normes sur l'excellence des services

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des ensembles de normes, puis des processus prioritaires.

Voici une liste des processus prioritaires propres aux normes sur l'excellence des services :

### **Analyses de biologie délocalisées**

- Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.

### **Transplantation d'organes et de tissus**

- Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.

### **Leadership clinique**

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### **Compétences**

- Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.

### **Épisode de soins**

- Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'utilisateur tout au long de l'épisode de soins.

### **Aide à la décision**

- Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.

### **Impact sur les résultats**

- Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.

### **Dons d'organes et de tissus**

- Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.

### **Gestion des médicaments**

- Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.

**Prévention des infections**

- Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.

**Services de diagnostic – Imagerie**

- Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.

**Services de diagnostic – Laboratoire**

- Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.

**Services transfusionnels**

- Services transfusionnels

**Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service**

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
6.5 L'organisme a accès à un pharmacien en tout temps, sur place ou sur appel, pour répondre aux questions sur les médicaments ou la gestion des médicaments.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	

La gestion des médicaments reflète bien la situation générale de l'organisme. Elle respecte les recommandations selon les données probantes.

Les services et les soins pharmaceutiques sont bien implantés. L'équipe de pharmacies est dynamique et motivée. Elle cherche à s'améliorer sans cesse (projets LEAN et caucus hebdomadaires en témoignent). Il y a une volonté franche à faire une offre globale de services de pharmacie, même si les pharmaciens sont déjà présents dans plusieurs équipes de soins.

Un sentiment d'appartenance de l'équipe de gestion des médicaments est perçu à plusieurs niveaux tout au long de la semaine de visite.

On peut ressentir l'appui des différentes directions, du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et de la Direction générale dans leurs différents projets. À titre d'exemple, la mise en place d'un comité interdisciplinaire sur l'utilisation sécuritaire des médicaments qui relève directement de la Direction générale représente bien cet esprit.

Les équipes interdisciplinaires semblent fonctionner assez rondement dans les secteurs visités.

Le programme de gérance des antimicrobiens est en place. Il reste à le poursuivre afin de respecter le mandat établi, dont les évaluations continues à faire et les résultats à diffuser. Il en est de même pour certaines autres pratiques (ex. gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé).

Quoique le bilan comparatif de médicament n'est pas implanté à 100 % dans tout l'organisme, le processus est bel et bien en place et il y a lieu de partager ces connaissances à d'autres collègues dans la province. La contribution de l'équipe interdisciplinaire (commis, assistants techniques, infirmiers et médecins) constitue certainement la clé de ce succès. Soulignons la mise en place de bilan comparatif à tous les patients (admis ou non) à l'urgence.

La formation initiale et continue fait partie des priorités de l'organisme, que ce soit au niveau des médicaments ou autres. Entre autres, les patients-partenaires participent au processus LEAN des équipes, lorsque applicable, et aux révisions des outils d'information préparés pour eux.

Des améliorations pourraient être possibles au niveau de l'informatique et des technologies, par exemple, le prescripteur électronique.

Un réaménagement des espaces de travail contribuerait à cette optimisation souhaitée.

En somme, on ne peut que leur encourager à continuer leur quête d'excellence.

## Ensemble de normes : Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------

### Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Compétences

4.8 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.

4.9 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus

Tout le processus entourant la transplantation cardiaque est extrêmement rigoureux, efficace, axé sur l'utilisateur et ses besoins. L'évaluation du receveur potentiel se fait sur plusieurs jours et cible non seulement la détermination du besoin clinique d'un nouveau cœur, mais comporte également des évaluations psychiatrique, psychosociale, dentaire et autres. L'utilisateur est informé du processus d'évaluation qu'il doit subir. Une fois l'évaluation terminée, l'équipe se réunit pour déterminer l'admissibilité de l'utilisateur à la transplantation. La décision est rapidement transmise au patient. Si la décision est négative, une rencontre avec le cardiologue est organisée pour revoir les autres options de soins. Si la décision est positive, l'utilisateur reçoit une formation prégreffe étendue et son nom est transmis

à Transplant Québec pour être ajouté à la liste d'attente; c'est cet organisme qui gère la liste d'attente ainsi que la distribution des organes en fonction des critères d'urgence et de compatibilité. Cependant, une équipe de l'établissement va faire le prélèvement du cœur chez le donneur et c'est l'équipe qui a le mot final pour déterminer si l'organe disponible rencontre tous les besoins du receveur potentiel. Les clients sur la liste d'attente sont revus périodiquement et des contacts réguliers entre l'établissement et Transplant Québec permettent au besoin de réajuster la priorité du patient sur la liste.

Une fois la chirurgie de transplantation effectuée, le suivi postopératoire est encadré par un protocole afin de débiter les médicaments antirejets, de suivre l'état du patient. Une fois le congé reçu de l'hôpital, les clients de l'extérieur de la région ont accès à La Roseaie pour leur permettre de continuer à avoir leur suivi tout en évitant des déplacements longs et fatiguants. De plus, l'utilisateur a accès aux services de multiples intervenants (travailleur social, nutritionniste, pharmacien) pour couvrir tous les aspects de sa réadaptation.

Des projets d'amélioration de la qualité sont développés, comme par exemple la prévention de l'aspergillose et la revue des cœurs refusés. Les clients rencontrés n'avaient que des éloges pour la qualité des soins, le dévouement du personnel et tous les services offerts.

En résumé, un établissement qui offre des services de transplantations d'une manière exceptionnelle, à tous les points de vue et tout au long du continuum de soins.

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisme n'est désigné que pour la transplantation cardiaque. Des ententes existent avec Transplant Québec, organisme qui gère le processus de dons d'organes dans la province. Ainsi, annuellement ou dès l'arrivée d'un nouveau membre, l'organisme transmet à Transplant Québec la liste des chirurgiens cardiaques habilités à prodiguer les chirurgies de transplantation.

Des mécanismes de communication permettent de rejoindre en tout temps les membres de l'équipe de transplantation ainsi que le receveur potentiel. Lorsqu'un processus de transplantation est enclenché, tout est mis en œuvre pour en assurer le déroulement harmonieux et dans les délais requis.

Un manuel des procédures opérationnelles normalisées (PON) a été élaboré, est complet et touche tous les aspects de la transplantation, est validé par le directeur médical, connu et utilisé.

#### Processus prioritaire : Compétences

L'établissement est désigné centre de transplantation uniquement pour les transplantations cardiaques et il en effectue entre quinze et vingt par année. Le programme est supervisé par un directeur médical et comprend une équipe multidisciplinaire qui assure le suivi du patient en attente de greffe, qui gère l'épisode de la transplantation et qui assure le suivi long terme de l'utilisateur greffé. Tout le personnel impliqué a non seulement la formation et les titres appropriés, mais également une expérience de longue date. Toute nouvelle personne affectée à l'équipe reçoit une formation rigoureuse. De plus, il existe de

nombreuses opportunités de mise à jour, tant à l'interne qu'en lien avec d'autres centres de transplantation cardiaque. De plus, l'établissement est un centre reconnu internationalement comme centre de formation de pointe ainsi que comme centre de recherche dans le domaine de la cardiologie et de la transplantation.

L'utilisation des pompes à perfusion rencontre toutes les normes de la pratique organisationnelle requise.

L'établissement a en place un programme d'évaluation de la performance de ses employés et a aussi un programme solide de reconnaissance de la contribution. Les employés rencontrés ont d'ailleurs mentionné leur fierté et leur sentiment d'appartenance à l'organisation.

L'organisme est invité à revoir ses programmes de formation et de perfectionnement visant le cadre conceptuel d'éthique ainsi que les approches de soins pour les diverses croyances ou héritages culturels.

#### **Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'établissement est un centre de référence pour la région de Québec et pour l'est de la province. Des mécanismes sont en place pour faciliter l'accès aux usagers qui ont potentiellement besoin d'une greffe cardiaque. Une fois le patient sur la liste d'attente, il a accès en tout temps, 24 heures par jour, à l'équipe de soins si des problèmes se présentent. De plus, un processus systématisé d'évaluation et de suivi est en place. L'accès aux services diagnostiques et aux consultants est planifié et garanti.

Un processus de double identification est en place dans l'organisme et est suivi par l'équipe. Un programme d'identification des risques de chute est également utilisé systématiquement.

Si le client n'est pas jugé candidat à la transplantation cardiaque, il en est informé et les options autres sont discutées avec lui.

#### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les dossiers des clients en attente de greffe et greffés sont complets, mis à jour régulièrement et contiennent toutes les informations pertinentes pour le suivi clinique de l'usager et pour le suivi administratif du processus de greffe. L'établissement a un dossier clinique informatisé et les documents papier sont rapidement numérisés pour en assurer un accès rapide. Les usagers ont accès facilement aux données consignées dans leur dossier.

#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Un programme de gestion des risques est en place dans l'organisme et bien implanté dans les unités de soins. Un processus de déclaration des incidents fait partie de ce programme et tous les incidents déclarés sont revus, analysés et au besoin, amènent à des changements de pratique. Également le travail du Bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, qui traite très activement et rapidement les plaintes des usagers, complète le processus de gestion des risques. La satisfaction de la

clientèle est recueillie. De plus, la participation de patients, les patients-partenaires, est requise lors de changement de politiques ou d'approche. À titre d'exemple, des patients ont participé à la révision du processus de suivi en externe, ce qui a amené l'équipe à consolider tous les rendez-vous et examens dans une seule journée, ce qui était une demande des patients pour éviter les déplacements multiples vers l'hôpital.

---

## Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées</b>	
1.1 L'organisme dispose d'une politique qui définit clairement les liens hiérarchiques et contractuels ainsi que les rôles et les responsabilités en ce qui concerne les ADBD.	
1.4 Le comité interdisciplinaire examine les données du contrôle de la qualité des ADBD chaque année et apporte des améliorations au besoin. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.6.	
1.7 L'organisme dispose d'une procédure opératoire normalisée (PON) qui définit clairement les rôles et les responsabilités de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.4.	
4.3 Chaque PON contient l'objectif et les limites de l'analyse, les instructions étape par étape sur la façon d'effectuer l'analyse et d'utiliser les appareils nécessaires de manière adéquate, les valeurs de référence des résultats, y compris les valeurs critiques, les critères concernant l'acceptation ou le rejet des échantillons, les procédures de contrôle de qualité ainsi que les références documentaires.	
4.8 L'organisme dispose d'une politique sur l'auto-test effectué par le client.	
6.4 L'organisme vérifie périodiquement que les réactifs utilisés pour les ADBD sont en bon état et non périmés. Référence la CSA : 22870:07, 5.3.2.	!
6.5 L'organisme retire sans tarder de l'inventaire les réactifs et le matériel d'ADBD inappropriés, périmés ou détériorés, ainsi que ceux qui ne correspondent pas aux critères de qualité et les met au rebut.	!
8.7 Celui qui effectue une ADBD porte de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) conformément à la PON de l'organisme.	!
8.13 L'organisme suit des critères écrits d'acceptation et de rejet des échantillons servant aux ADBD.	!

9.1	L'organisme dispose d'une politique ou procédure normalisée et approuvée, écrite ou électronique, sur la façon de communiquer et de divulguer les résultats des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.8.2.	
9.4	Les professionnels de la santé suivent une procédure documentée pour communiquer les résultats des ADBD lorsque ceux-ci se situent à l'extérieur des intervalles de références pour les valeurs normales.	!
9.5	Lorsque l'organisme communique verbalement les résultats des ADBD, les résultats et les méthodes utilisées pour obtenir ces résultats doivent ensuite être consignés par écrit en précisant qu'il s'agit des résultats d'ADBD.	!
9.6	Celui qui effectue une ADBD remplit un rapport exhaustif et précis pour chaque ADBD qu'il effectue; le rapport se distingue des notes cliniques présentées dans le dossier du client.	
9.8	Lorsqu'il remplit le rapport d'une ADBD qui sera déposé dans le dossier du client, celui qui effectue une ADBD indique clairement que les résultats découlent d'une ADBD.	
10.2	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD élabore et tient à jour un manuel d'amélioration de la qualité des ADBD.	
10.3	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD communique les politiques d'amélioration de la qualité au professionnel de la santé qui effectue une ADBD et s'assure de leur bonne compréhension et de leur mise en application.	
10.4	L'organisme assure régulièrement le suivi d'un ensemble d'indicateurs de qualité.	
10.5	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD utilise l'information découlant des indicateurs pour orienter la prise de décisions et apporter des améliorations aux ADBD, et ce, en temps opportun.	
10.9	L'organisme doit participer à un programme de contrôle de qualité externe d'ADBD et obtenir de la conformité aux résultats obtenus. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.	

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)****Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées**

Le laboratoire est responsable de la supervision et de la mise en place de cette norme, mais la réalisation des activités est effectuée par le personnel infirmier dans l'ensemble de l'organisme. Nous avons été en mesure de constater qu'il s'exerce une excellente collaboration entre tous pour permettre la réalisation de cette activité.

Les mécanismes de supervision et d'encadrement sont présents. Par contre, les rôles et les responsabilités des différents intervenants dans tout le processus ne sont pas tous définis.

Le comité interdisciplinaire est actif et représentatif des différents utilisateurs, les questionnements de ce comité prennent en compte les nouvelles réalités et les besoins du client.

Il existe un programme de formation structuré pour chacune des ADBD, une évaluation est faite suite à la formation et les compétences sont évaluées annuellement. Le biochimiste assure le suivi du programme de contrôle de la qualité.

Le programme de contrôle externe est à mettre en place.

Le laboratoire est encouragé à se doter, pour les analyses de biologie délocalisées, d'un système de gestion de la qualité, à documenter les non-conformités, à réaliser des audits et de faire le suivi d'indicateurs qualité afin d'alimenter le comité interdisciplinaire dans ses prises de décision. Une intégration de ce processus à celui du laboratoire serait souhaitable.

## Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>

La prévention et le contrôle des infections sont certainement un point fort de l'organisme. Il existe un excellent programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, qui a donné une vision de cinq ans, 2015-2020, programme approuvé par la direction et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et connu du conseil d'administration. Ce programme englobe l'ensemble des thèmes de prévention et de contrôle, comme la surveillance, la formation, l'évaluation et autres, donc très complet. Il est revu annuellement et il y a un suivi serré de l'atteinte des objectifs déterminés lors de l'élaboration du plan d'action annuel. La direction est très engagée dans la prévention et le contrôle des infections ainsi que les médecins et les employés. L'établissement a réussi à développer une réelle culture organisationnelle en prévention et contrôle des infections. Cela n'est pas sans lien avec une équipe de prévention et contrôle des infections très dynamique, très convaincue de l'importance de son rôle et appuyée par des ressources expertes et déterminées. On compte plusieurs infirmières spécialisées et certifiées dans le domaine, mais également des infectiologues et autres professionnels. L'engagement des médecins et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est à souligner. Il y a des liens avec les autres partenaires de l'établissement, comme la santé publique et les autres hôpitaux, sur une base régulière. D'excellents liens existent également à l'interne non seulement avec les diverses unités de soins, mais aussi avec les équipes de support, comme la construction, l'environnement, l'hygiène et la salubrité.

Le tout donne des résultats à souligner: les taux d'infections nosocomiales sont à la baisse depuis plusieurs années et bien plus bas que les cibles provinciales. En fait, grâce à un programme rigoureux de suivi et d'évaluation, le nombre de cas est minime et les éclosions sont non seulement peu nombreuses mais très rapidement contrôlées. L'établissement a d'ailleurs reçu deux pratiques exemplaires dans ce domaine. De plus, soucieuse d'utiliser les données probantes et de la recherche, l'équipe a revu plusieurs pratiques traditionnelles, ce qui a conduit à une diminution du recours à l'isolement clinique sans porter atteinte aux résultats de contrôle des infections nosocomiales.

L'établissement est soucieux de connaître la satisfaction de la clientèle et d'intégrer ses suggestions aux processus. Ainsi, la vaccination contre l'influenza est offerte tant aux employés qu'aux usagers afin d'accroître le taux de protection dans la communauté. Les clients rencontrés ont également permis de confirmer l'éducation du public dans le contrôle des infections : lavage des mains, porter le masque et

autres. Un dépistage systématique des usagers avec infections respiratoires ou transmissibles se fait à l'urgence.

Les employés rencontrés ainsi que la visite des lieux ont permis de confirmer la formation du personnel en prévention et contrôle des infections, la disponibilité des équipements de protection individualisée et les nombreuses affiches d'identification visuelle des procédures dans les zones à risque ainsi que l'identification des usagers pour lesquels des mesures de protection supplémentaire sont requises.

Des audits réguliers et systématisés se font partout dans l'organisme et touchent tous les secteurs clés de la prévention et contrôle des infections. Ce souci de la mesure est également un facteur déterminant des résultats rencontrés.

Il y a un souci quant à l'hygiène des mains . La formation ainsi que le matériel requis sont offerts et facilement accessibles. Cependant, les résultats laissent encore à désirer avec des taux allant de 27 à 59 %. De nouvelles approches impliquant le personnel de première ligne ont été mises de l'avant récemment et l'établissement est encouragé à en suivre les résultats.

En résumé, une équipe forte au sein d'un établissement qui démontre un souci évident de la prévention et du contrôle des infections et qui a atteint des résultats exceptionnels dans les dernières années.

## Ensemble de normes : Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------

### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Compétences

6.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.

6.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

Un dossier exact et à jour est tenu pour chaque usager en partenariat avec le client et sa famille.

La patiente rencontrée a mentionné que le partage de l'information sur le client est bien coordonné parmi les membres de l'équipe.

**Processus prioritaire : Compétences**

Les employés ont accès à de la formation en continu. On encourage l'équipe à offrir de la formation sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. On encourage l'équipe à offrir également de la formation concernant le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'équipe utilise des critères définis pour déterminer quand entreprendre les services avec les usagers. La trajectoire des usagers en investigation d'une suspicion de cancer du poumon à l'Institut est bien définie. On encourage l'équipe à évaluer la possibilité de regrouper les trois infirmières pivots ensemble pour améliorer l'efficacité et le cheminement clinique de l'usager.

La patiente rencontrée a mentionné que la relation avec les membres de l'équipe est ouverte, transparente et respectueuse. Elle a précisé que les membres de l'équipe avaient beaucoup d'empathie. La fille de la patiente présente lors de la rencontre a mentionné que les membres de l'équipe l'ont encouragée à prendre une part active dans les soins de sa mère.

Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, on encourage l'équipe des services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer à utiliser les stratégies mises en place par l'organisme pour les usagers avec risque de chute.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Un dossier exact et à jour est tenu pour chaque usager en partenariat avec le client et sa famille. Le partage de l'information sur l'usager est coordonné parmi les membres de l'équipe et d'autres organismes, en partenariat avec l'usager et conformément aux lois.

La patiente rencontrée accompagnée de sa fille se dit entièrement satisfaite des soins et des services reçus dans ce secteur. Elle a mentionné que le partage de l'information sur le client est bien coordonné parmi les membres de l'équipe.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Les incidents liés à la sécurité des usagers sont déclarés et analysés selon la politique en vigueur dans l'organisme et consignés dans le dossier de l'usager. On encourage l'organisme à transmettre les résultats des rapports d'incidents à l'équipe.

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

Des lignes directrices sont suivies pour ce qui est des déversements de médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.

À la suite d'un déversement de matière dangereuse, un rapport a été complété et des mesures correctives ont été identifiées afin de prévenir la récurrence d'un événement similaire. En mai 2016, l'équipe a révisé la procédure relative à l'extraction d'un médicament antinéoplasique et la politique relative à la gestion des médicaments dangereux.

## Ensemble de normes : Services d'urgence - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.5	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.
4.7	De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'équipe est félicitée pour le travail fait quotidiennement avec les partenaires aussi bien à l'interne qu'à l'externe dans l'atteinte des objectifs fixés au niveau du temps d'attente, de la durée de séjour et du nombre d'usagers qui quittent sans être vus, tout en répondant aux besoins de la clientèle. L'équipe est un modèle à ce niveau. L'équipe est encouragée à poursuivre le travail du comité de triage avec l'implantation du prétriage et la désignation d'une infirmière qui sera responsable en tout temps de la réévaluation de la clientèle en attente.	

<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
--	--

L'équipe est félicitée pour l'excellent travail de collaboration entre les gestionnaires de l'urgence, autant clinique que médical, supportée par des conseillers experts en soins. Cette dynamique est très évidente et crée la base pour assurer une offre de services de qualité et sécuritaire. La proximité des joueurs clés permet une communication en temps opportun et aide à la résolution rapide de situation qui nécessite une intervention comme démontré lors d'une situation de débordement lors de la visite d'agrément.

Afin d'assurer des services de qualité et sécuritaires répondant aux besoins des usagers et des familles, le personnel bénéficie de toute la formation nécessaire. L'équipe est félicitée pour le travail fait afin de sensibiliser le personnel au sujet du risque du suicide chez les usagers. Des outils ont été développés pour aider le personnel infirmier à assurer la bonne d'intervention selon le niveau de risque de l'utilisateur, le tout présenté dans un format très convivial.

En-ce qui concerne l'évaluation du rendement du personnel, tenant compte du nombre élevé de personnes à évaluer, la chef de service a implanté une nouvelle façon où chaque employé est rencontré pour une période de 15 minutes à quelques reprises au cours de l'année afin de faire le point sur l'appréciation de la contribution de l'employé et identifier les points à améliorer.

La contribution du représentant des usagers est grandement appréciée et sollicitée. L'approche patient-partenaire est très apparente dans ce service.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Suite au travail du comité de triage et en réponse aux attentes ministérielles, l'équipe a procédé à une évaluation du processus du triage afin de s'assurer que la réévaluation de l'utilisateur soit faite selon les normes. Dorénavant, la responsabilité de la réévaluation de l'utilisateur sera assignée précisément à une infirmière. L'instauration sous peu du prétrriage (évaluation brève) assurera une prise en charge optimale de l'utilisateur.

L'équipe est aussi à revoir le fonctionnement au niveau de l'urgence mineure et afin de s'assurer que les responsabilités assumées présentement par l'infirmière auxiliaire font partie de ses champs de pratique. L'équipe est encouragée à poursuivre le travail à ce niveau.

La présence d'une infirmière clinicienne avec grande expertise et expérience en support à l'équipe sur le quart de jour est une excellente initiative.

L'équipe est encouragée à poursuivre le travail déjà débuté en salle de réanimation au niveau des rôles précis de chaque membre de l'équipe d'intervention, ce qui a déjà apporté une plus grande efficacité et sécurité pour l'utilisateur. L'aménagement actuel des deux salles de réanimation offre la possibilité d'accueillir la famille lors de réanimation pour de courtes périodes, en étant accompagné du personnel de l'équipe. Cette pratique est grandement appréciée par les familles.

Malgré le fait que la grande majorité de la clientèle se présentant à l'urgence soit adulte, l'équipe peut répondre de façon sécuritaire aux besoins de la clientèle pédiatrique.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Tous les membres de l'équipe sont au fait des lois concernant le respect de la vie privée et de l'information recueillie sur l'utilisateur. L'équipe possède les outils informatiques nécessaires à une prestation de service sécuritaire.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe est félicitée pour son approche proactive et attentive aux besoins de la clientèle. À la suite d'une revue des fréquences des visites à l'urgence d'utilisateurs se présentant pour la même condition, des liens sont faits avec d'autres partenaires du réseau (exemple Alliance) ou encore ces utilisateurs sont référés à une des cliniques spécialisées si l'utilisateur n'y est pas déjà inscrit. En réponse à une demande exprimée par la famille d'un utilisateur demandant l'assouplissement des règles sur les heures de visite et à la suite des travaux de l'équipe, l'utilisateur peut désormais avoir un visiteur en tout temps à son chevet. Ce travail a été fait en collaboration avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. L'implantation de cette nouvelle pratique pourra servir de modèle pour les autres unités.

L'équipe mène un projet d'amélioration de la qualité afin de diminuer la durée de séjour sur civière des patients présentant une fibrillation auriculaire; l'impact est positif pour l'utilisateur.

L'équipe a pu compter sur l'apport important d'un utilisateur dans plusieurs de ses projets.

**Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

L'équipe a été sensibilisée à l'importance de valider auprès de toutes les personnes répondant aux critères leur intention vis-à-vis le don de tissu et d'organes. Depuis cette intervention, une augmentation du nombre de dons a été observée. L'équipe est encouragée à poursuivre. L'équipe note l'excellente collaboration avec Transplant Québec.

## Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie</b>	
3.10 L'équipe évalue et documente le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et constructive.	
4.2 L'équipe dispose d'un secteur de services distinct qui comprend un endroit où les clients peuvent attendre et un endroit où mener les examens d'imagerie diagnostique.	
4.4 La zone réservée aux services aux clients comprend un endroit qui assure la confidentialité et qui permet d'effectuer le triage des clients avant qu'ils procèdent aux examens diagnostiques.	!
6.5 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique ont un manuel de politiques et de procédures qui explique en détail les procédures de positionnement du client pour les examens d'imagerie diagnostique et qui est signé par le directeur médical ou son remplaçant désigné.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	

Les équipes du département d'imagerie diagnostique a fait de nombreux projets d'optimisation pour améliorer les services et réduire les délais d'accès. Entre autres, l'équipe a collaboré à un projet d'optimisation organisationnel pour optimiser le transport des patients. La prise en charge du client est plus rapide grâce à l'identification du transport par un carton installé sur les équipements roulants, et les temps d'attente de plus de 10 minutes ont diminué.

Un autre projet d'optimisation de la trajectoire de service en médecine nucléaire lors de la réalisation d'un examen de scintigraphie myocardique a permis de réduire le délai d'attente estimé de six mois à deux semaines pour l'obtention d'un rendez-vous.

L'équipe a développé et utilise une grille de priorisation pour les examens en tomographie par émission de positrons (TEP). Nous encourageons l'Institut à poursuivre les démarches déjà en cours afin d'optimiser l'accès en TEP à la clientèle cardiaque et oncologique.

Dans le secteur de la médecine nucléaire, on encourage l'organisme à dédier une salle d'attente distincte où les clients peuvent attendre. On encourage également l'organisme à revoir l'environnement physique des lieux à l'accueil du Service de la radiologie afin de s'assurer du respect de la confidentialité des clients.

Le Service de médecine nucléaire a révisé son manuel de procédures en 2015. Les procédures sont accessibles et disponibles en ligne ainsi que dans un cartable. On encourage l'équipe à faire signer le manuel de procédures par le directeur médical. On suggère également à l'équipe de réviser le manuel de procédures de la tomographie par émission de positrons (TEP) et à le faire signer par le directeur médical.

### Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie

Les équipes du département d'imagerie diagnostique a fait de nombreux projets d'optimisation pour améliorer les services et réduire les délais d'accès. Entre autres, l'équipe a collaboré à un projet d'optimisation organisationnel pour optimiser le transport des patients. La prise en charge du client est plus rapide grâce à l'identification du transport par un carton installé sur les équipements roulants, et les temps d'attente de plus de 10 minutes ont diminué.

L'équipe a développé et utilise une grille de priorisation pour les examens en tomographie par émission de positrons (TEP). Nous encourageons l'Institut à poursuivre les démarches déjà en cours afin d'optimiser l'accès en TEP à la clientèle cardiaque et l'oncologique.

Dans le secteur de la médecine nucléaire, on encourage l'organisme à dédier une salle d'attente distincte où les clients peuvent attendre. On encourage également l'organisme à revoir l'environnement physique des lieux à l'accueil du Service de radiologie diagnostique afin de s'assurer du respect de la confidentialité des clients.

Nous encourageons les gestionnaires à poursuivre leurs efforts afin d'augmenter le nombre d'employés évaluée à la contribution au rendement.

Le Service de médecine nucléaire a révisé son manuel de procédures en 2015. Les procédures sont accessibles et disponibles en ligne ainsi que dans un cartable. On encourage l'équipe à faire signer le manuel par le directeur médical.

On suggère également à l'équipe de réviser le manuel de procédures de la tomographie par émission de positrons (TEP) et à le faire signer par le directeur médical.

Nous encourageons les gestionnaires à poursuivre leurs efforts afin d'augmenter le nombre d'employés évalué à la contribution au rendement.

## Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire</b>	
5.1 L'organisme définit clairement la hiérarchie des responsabilités pour les services de laboratoire offerts dans l'ensemble de l'organisme.	
6.3 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
9.2 L'équipe vérifie et consigne régulièrement les conditions ambiantes à l'intérieur du laboratoire.	
11.3 L'équipe révisé ses PON tous les deux ans ou plus souvent si cela est nécessaire.	
11.4 L'équipe dispose d'un processus pour revoir et approuver les révisions apportées aux PON.	
11.6 L'équipe évalue régulièrement la conformité à ses PON et apporte les changements qui s'imposent.	
12.5 L'équipe suit une PON pour gérer les plaintes des usagers et des utilisateurs de laboratoire et pour donner suite aux commentaires reçus à propos de ses services.	!
14.5 L'équipe tient un dossier complet et à jour pour l'ensemble des inspections, l'étalonnage, la maintenance et les réparations de l'équipement.	
17.1 L'équipe suit des PON pour le retraitement et la stérilisation qui sont conformes aux lois et aux règlements applicables.	!
26.3 Le programme de sécurité comprend des programmes d'orientation et de formation ainsi que des programmes d'évaluation.	!
26.4 Le programme de sécurité comprend un manuel de sécurité mis à la disposition de tous les membres de l'équipe en tout temps.	!
26.5 L'équipe évalue régulièrement la conformité au programme de sécurité et apporte les changements qui s'imposent.	!

27.3	L'équipe porte des vêtements et de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), conformément à la politique de l'organisme et aux lois en vigueur.	!
27.6	L'équipe revoit annuellement ses stratégies de réduction des risques et tous les incidents survenus, et il apporte les changements qui s'imposent à ses politiques ou à ses activités de formation.	!
29.1	L'équipe dispose d'un système complet de gestion de la qualité.	!
29.2	L'équipe définit les éléments du système de gestion de la qualité dans l'énoncé de politique sur la qualité et les inclut dans le manuel sur la qualité.	!

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire

Les laboratoires médicaux sont en pleine mutation au Québec. Le projet Optilab en cours vise à redéfinir l'offre des services partout en province. Les laboratoires doivent désormais se tourner vers une démarche active d'évaluation de la pertinence des services offerts, et ce, en visant un objectif clair de performance et d'optimisation des ressources. Optilab présente donc à la fois des défis et des opportunités, et cela est particulièrement vrai dans le contexte actuel de l'organisme qui possède des laboratoires offrant des analyses de pointe. Les efforts déployés au sein des laboratoires sont également reconnus par de nombreux prix et distinctions, dont notamment le Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux qui fut remis au laboratoire de pathologie moléculaire du cancer du poumon. Ces prix et distinctions, de concert avec les efforts quotidiens des employés, permettent à l'organisation de se positionner et de jouer son rôle de leader au sein du réseau.

Les laboratoires de l'Institut comprennent quatre grands services, soit la biochimie, l'hématologie, la microbiologie et la pathologie. Les laboratoires de l'Institut traitent un volume annuel de plus de 2.5 millions d'analyses par année.

Les espaces physiques du laboratoire sont restreints dans certains services en raison de la configuration du bâtiment construit dans les années 1920. Néanmoins, ils demeurent tout de même de fonctionnels et l'organisme veille à les améliorer constamment, dans la mesure du possible, notamment par la mise en œuvre de plusieurs projets de type Lean. Certains secteurs sont par contre assez encombrés, comme en microbiologie.

Les lieux sont bien entretenus, à la fois par le personnel du laboratoire et par le personnel de l'hygiène et de salubrité. Les lieux physiques sont propres.

Félicitations à l'équipe qui démontre un souci dans l'organisation de son espace de travail afin de le rendre et le maintenir le plus propre et fonctionnel que possible.

Le personnel travaillant au niveau des laboratoires est dévoué et déterminé à offrir un service de qualité aux patients et aux utilisateurs du laboratoire. Il règne une bonne ambiance de travail.

Une approche de service personnalisée est en ligne directe avec les axes d'excellences de l'organisme.

Élaboration de plusieurs outils très intéressants et innovateurs tels que :

- HOOP (logiciel qui devrait être étendu et exploité à son plein potentiel)
- Production des grilles de risques par type d'échantillon et classe d'agent pathogène
- Analyse de pertinence et d'optimisation des examens macroscopiques en anatomopathologie
- Optimisation des analyses de pathologie moléculaire pour le cancer pulmonaire
- Suivi de plusieurs indicateurs de qualité, en particulier sur les temps réponses avec des actions correctives lorsque nécessaire (ex: pneumatique).
- Étroite collaboration entre les professionnels et le personnel administratif des laboratoires.
- Reconnaissance de l'excellence des services par le milieu (nombreux prix et distinctions)

L'équipe est encouragée à peaufiner les structures des différents comités et groupes de travail en établissant des rôles clairs et réalistes.

L'équipe est encouragée à développer et à soutenir un programme d'évaluation des compétences du personnel et à l'étendre dans tous les services.

L'organisme est invité à soutenir et à développer une culture santé sécurité au travail (SST) au niveau des laboratoires. Il est encouragé à produire le manuel SST.

L'équipe des laboratoires est encouragée également à rapatrier tous les éléments constituant un dossier complet d'équipements comprenant, les appels d'offres, les contrats avec le manufacturier, les contrats de service, les rapports d'entretien, les calibrations/validations/corrélations. Il est encouragé à constituer des cahiers de charges.

L'équipe est encouragée à s'assurer de mettre en place un système de gestion documentaire permettant d'implanter la révision des documents de façon systématique.

En résumé, nous constatons sur le terrain que pour l'ensemble de la norme des services de laboratoires biomédicaux, il y a un réel effort visant l'atteinte des standards de qualité attendus. Nous encourageons l'organisme à poursuivre ses efforts et à étendre les moyens d'action afin de continuer sa démarche d'amélioration continue.

Nous félicitons toute l'équipe du laboratoire pour les efforts entrepris, les réalisations et les projets.

## Ensemble de normes : Services de médecine - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.6 Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée. 8.6.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	  <b>SECONDAIRE</b>
9.2 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 9.2.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	  <b>PRINCIPAL</b>
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
13.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles, pour s'assurer qu'elles tiennent compte des données actuelles sur la recherche et des meilleures pratiques.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

Les services de haute pointe offerts pour les usagers en cardiologie et en pneumologie sont en réponse aux besoins de cette clientèle de même qu'en lien avec les nouvelles pratiques au niveau clinique. Les liens avec les partenaires dans la communauté sont bien développés, assurant une continuité des soins répondant aux besoins.

**Processus prioritaire : Compétences**

Les conseillères-cadres en soins infirmiers travaillent en étroite collaboration avec les chefs de secteurs afin d'assurer le programme d'orientation des nouveaux employés, le maintien des compétences ainsi que la formation lors d'introduction de nouvelles pratiques. Travaillant sur différentes unités, l'étroite collaboration entre les conseillères assure une standardisation des pratiques infirmières.

Compte tenu de l'exercice de la réorganisation de la distribution des lits effectués dans l'ensemble de l'établissement ainsi que la fusion de deux unités, les équipes ont procédé à des études de charge de travail sur les différents quarts de travail. Travaillant en étroite collaboration, les équipes ont pu bonifier les ratios infirmiers sur le quart de travail de soir. Cette réorganisation a nécessité l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences qui sera assurée. Un excellent travail a aussi été fait au niveau des équipes de préposés aux bénéficiaires.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les équipes offrent des soins de haute expertise tant en pneumologie qu'en cardiologie. La complexité des cas exige un personnel clinique bien formé, capable de reconnaître rapidement les changements cliniques et ainsi d'intervenir adéquatement en temps opportun. La réorganisation des lits ainsi que la fusion de deux unités de soins en médecine avec clientèles très similaires permettront une pratique plus standardisée et une variabilité diminuée.

Le niveau d'activité élevé sur les unités, en plus du besoin d'assurer l'accès au lit pour les usagers admis de l'urgence, exige un suivi serré par l'équipe. Les équipes ont mis en place des moyens de communication Scrum avec les équipes médicales pour la planification des congés et des transferts. Le travail en interdisciplinarité est bien en place. L'équipe est encouragée à assurer l'implication de certains professionnels plus tôt dans l'épisode de soins afin d'optimiser les évaluations facilitant ainsi la décision sur le congé.

Les équipes ont beaucoup travaillé à mettre en place des outils standardisés à utiliser au moment des transitions. L'équipe est félicitée pour l'audit effectué sur l'efficacité de la transmission de l'information lors du transfert des usagers vers un autre établissement de santé ou vers la communauté.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Afin de faciliter le travail de l'équipe, l'implantation du E-Plan qui est prévue sous peu permettra l'accès à tout le personnel clinique aux données au dossier de l'utilisateur en temps opportun. De nombreux outils ont été mis en place afin de recueillir des informations sur les interventions et évaluations de l'utilisateur, de façon standardisée et permettant des audits.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Le statut universitaire fait en sorte que les lignes directrices sont des plus pertinentes et des plus à jour. Les équipes ont procédé à une évaluation des activités à risque élevé. Les actions en lien avec ces activités sont en place et un suivi est assuré. Les équipes sont encouragées à poursuivre le travail au niveau de l'hygiène des mains afin d'atteindre la cible identifiée, car dans certains secteurs, il y a encore place à amélioration. La sensibilisation des équipes lors des caucus est importante. La présence des stations visuelles facilite la diffusion des informations sur les indicateurs suivis et sert de rappel au personnel.

La gestion des plaintes est faite de façon serrée et les équipes travaillent en étroite collaboration avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Certains chefs de service consultent même cette dernière afin de trouver des pistes de solution avant même qu'une plainte officielle ne soit formulée.

Les équipes sont encouragées à poursuivre les audits sur les différents projets d'amélioration de la qualité.

## Ensemble de normes : Services de soins intensifs - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
--	--

3.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.

3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.

<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
---	--

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
---	--

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
---	--

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

<b>Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus</b>	
--	--

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
---	--

<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
--	--

Les services répondent aux besoins de la clientèle. Les locaux sont très appropriés aux soins intensifs respiratoires; les soins intensifs de chirurgie cardiaque offrent quelques chambres individuelles, mais une grande section ne voit les lits que séparés par des rideaux. Certains usagers ont d'ailleurs mentionné le bruit et l'équipe est invitée à revoir, si tant faire se peut, comment limiter le bruit.

Le nombre de lits est théoriquement suffisant, mais les délais de transfert vers les unités de soins lorsque l'usager a son congé des soins intensifs constituent parfois une barrière à l'accès.

La dotation en personnel permet de donner les services requis, mais les augmentations de volume au fil des ans devront probablement amener l'établissement à revoir son plan de dotation pour les unités de soins intensifs.

Le parc d'équipements est adéquat et les équipes sont reconnaissantes à la Fondation qui facilite l'achat de certains équipements de pointe.

### Processus prioritaire : Compétences

Le personnel des soins intensifs doit suivre un rigoureux programme d'orientation et d'intégration et il y a de nombreuses opportunités de perfectionnement. La rencontre multidisciplinaire de l'équipe est à souligner, en plus des bénéfices de soins, elle est également une excellente opportunité de formation entre les membres présents.

La formation sur les pompes à perfusion est bien faite et l'utilisation des pompes fait l'objet de suivi.

L'équipe est sensibilisée aux soins de fin de vie et peut compter sur la disponibilité de l'équipe de soins palliatifs. De plus, un projet de formation du personnel afin d'encore mieux les habiliter à répondre aux besoins des usagers en fin de vie aux soins intensifs débutera sous peu; ce projet suit une analyse des besoins tels qu'exprimés par les membres de l'équipe des soins intensifs ainsi que la revue de données probantes dans ce domaine. Un autre but, non négligeable, est d'assurer que le personnel lui-même a le soutien requis lorsqu'il fait face à des situations souvent exigeantes émotionnellement.

Il y a une excellente collaboration entre le personnel, les médecins, les infirmières, les inhalothérapeutes, le personnel de soutien. L'équipe est appuyée par plusieurs consultants tant médicaux que pharmacie, physiothérapie, ergothérapie, nutritionniste. Le fait que les soins intensifs soient fermés contribue à cette approche d'équipe. Bien que non complètement fermés, les soins intensifs coronariens sont couverts en alternance par un seul cardiologue.

L'organisme est invité à revoir ses programmes de formation et de perfectionnement visant le cadre conceptuel d'éthique ainsi que les approches de soins pour les diverses croyances ou héritages culturels.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Des critères d'admission et de congé aux soins intensifs sont en place et la présence continue d'un intensiviste assure le suivi optimal du patient en particulier et de l'accès aux lits de soins en général.

Le personnel rencontré est bien formé, orienté, compétent, dévoué et il y a une belle approche multidisciplinaire; l'exemple le plus concret est la rencontre de toute l'équipe pour discuter de patients. Le patient, si possible, et les familles sont impliqués et informés de l'état clinique de l'usager. La nouvelle politique de visite, récemment implantée, favorise la présence de la famille.

Il y a une approche holistique du patient et l'état de nutrition, le confort et la sédation, la mobilisation passive et précoce, sont des préoccupations de tous les moments. De nombreuses échelles de soins sont

utilisées (MORSE pour les chutes, BRADEN pour les plaies, RASS pour l'état d'éveil) et consignées au dossier. Les contentions sont peu utilisées grâce à un programme de prévention du délirium et lorsque utilisées, elles font l'objet d'un suivi très serré; il a été mentionné cependant qu'une meilleure documentation des contentions est souhaitée.

La prévention des infections est un souci et l'équipe doit être félicitée pour les mesures en place, particulièrement pour la prévention de la pneumonie chez le patient intubé.

Une pharmacienne est présente régulièrement et assure une bonne complétion du bilan comparatif des médicaments. Les médecins rencontrés ont d'ailleurs souligné que cet outil leur est extrêmement utile durant l'épisode de soins et au moment du transfert vers d'autres unités.

Les clients rencontrés ainsi que leur famille n'ont eu que des commentaires positifs, voire élogieux sur les soins reçus.

### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les unités visitées dans le cadre de ce processus prioritaire sont les soins intensifs de chirurgie cardiaque, les soins intensifs respiratoires et l'unité de soins intensifs coronariens.

Les dossiers sont complets et mis à jour régulièrement, vu la nature intensive de la clientèle.

Des rencontres régulières permettent de tenir le patient, et le plus souvent la famille, informés de l'évolution clinique de l'utilisateur.

Il existe une très belle initiative dans les unités de soins intensifs par laquelle l'équipe multidisciplinaire, comprenant toutes les personnes impliquées dans les soins de l'utilisateur, se rencontre pour partager l'information, s'entendre sur le plan de soins et assurer une optimisation du travail de chacun. Cette pratique sera bientôt étendue à l'unité des soins intensifs coronariens.

### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe suit de nombreux indicateurs de rendement (chutes, plaies, infections) avec des cibles bien identifiées d'objectifs à atteindre. Les résultats sont disposés dans un tableau de bord complet et concis, lequel est affiché sur la station visuelle afin qu'il soit connu et communiqué à tous le personnel. Sur les mêmes stations visuelles, un espace est dédié aux employés qui veulent soumettre des suggestions d'amélioration.

Plusieurs audits sont réalisés pour confirmer l'évolution des indicateurs ainsi que dès qu'une nouvelle pratique est implantée. En exemple, dernièrement, de nouvelles approches en soins de bouche, de mobilisation des usagers, ont été mises en place et des audits ont été réalisés pour vérifier le niveau d'implantation des nouvelles pratiques.

**Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

Dans ce centre qui offre lui-même de la transplantation, il y a une sensibilisation aux soins intensifs aux dons d'organes et de tissus. Les algorithmes de Québec-Transplant sont connus et de la formation a été offerte aux employés par Québec-Transplant en 2014. Il y a un très bon contact entre l'équipe et l'infirmière des dons de Québec-Transplant, ce qui assure une réponse rapide lorsqu'un donneur potentiel est identifié. Les procédures pour obtenir consentement, vérifier la mort cérébrale sont connues. De bons résultats découlent de cette préparation avec quelques dons de reins, mais surtout de tissus, car la nature des conditions cliniques de la clientèle aux soins intensifs les rend souvent inadmissibles aux dons d'organes.

## Ensemble de normes : Services périopératoires et les interventions invasives - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
6.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
6.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
10.14 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
La satisfaction de la clientèle est recueillie ainsi que leurs commentaires et suggestions; ceux-ci servent à revoir et à améliorer les services. De plus, l'organisme a commencé l'intégration de patients-partenaires dans l'évaluation de processus de soins ou l'élaboration de politiques. L'équipe est invitée à poursuivre et augmenter ce processus d'intégration directe des usagers dans les projets d'amélioration.	

**Processus prioritaire : Compétences**

Pour tous les secteurs visités, il existe des programmes clairs quant aux compétences requises pour travailler dans le secteur ainsi qu'un programme d'orientation, formation et intégration complet et rigoureux. Les secteurs critiques comme le bloc opératoire et le service d'hémodynamie-électrophysiologie demandent une expérience antérieure en soins intensifs et le programme d'intégration se fait sur plusieurs mois, de façon progressive. De la formation continue soit dans le secteur donné, comme l'apprentissage de nouvelles approches de soins, ou à l'égard des orientations organisationnelles, comme la formation annuelle sur les pompes à perfusion, est offerte à tous les employés; l'établissement est un centre d'enseignement reconnu où les opportunités de mises à jour sont très présentes.

Dans les compétences d'emploi, les nouveaux employés de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux doivent avoir suivi le cours offert au Cégep de Lévis, ce qui a amené une plus grande compétence dans le milieu.

L'établissement a pu également accroître son accès aux soins par l'intégration très réussie des infirmières praticiennes spécialisées dans les équipes de soins sur l'unité de cardiologie, au bloc opératoire et dans certaines cliniques externes, comme celle sur l'insuffisance cardiaque ou la fibrillation auriculaire.

Un beau projet d'intégration des infirmières et des inhalothérapeutes à l'unité d'endoscopie est un autre bel exemple du souci d'avoir les compétences requises auprès du client dans une optique de travail d'équipe.

Le génie biomédical assure non seulement l'entretien préventif des appareils médicaux, mais est également impliqué dans la formation du personnel sur l'utilisation sécuritaire de ces équipements, comme par exemple l'utilisation des lasers.

Il existe une politique sur l'appréciation de la contribution des employés, laquelle se fait tous les deux ans de façon formelle, mais qui se traduit également par des gestes au quotidien comme l'envoi de courriels de remerciements. Cela crée une atmosphère d'engagement et d'appartenance des employés et les employés rencontrés ont partagé leur satisfaction dans leur milieu de travail. De plus, l'établissement a reçu la désignation d'entreprise en santé; pour ce faire, l'une des stratégies est d'être à l'écoute des employés et d'avoir un souci de la conciliation travail-famille, ce qui se traduit dans les équipes rencontrées par un souci d'aménager les horaires de travail afin de tenir compte des obligations familiales des employés.

L'organisme est invité à revoir ses programmes de formation et de perfectionnement visant le cadre conceptuel d'éthique ainsi que les approches de soins pour les diverses croyances ou héritages culturels.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'accès aux services est une priorité pour l'organisme et dans tous les secteurs visités, des processus ont été revus afin d'augmenter l'efficacité et la productivité. Il y a eu ainsi déjà 260 chirurgies cardiaques de plus cette année par rapport à l'année précédente. Les chirurgies thoraciques se font dans les temps voulus. Plus de 10,000 procédures sont réalisées annuellement en hémodynamie-électrophysiologie. Un projet LEAN en endoscopie thoracique a permis là également d'accroître la productivité. C'est là un souci constant. Autre exemple éloquent est le très petit nombre de chirurgies cardiaques annulées chaque année pour raisons de personnel insuffisant ou de manque de lits.

L'organisme est cependant conscient que la demande ne peut aller qu'en augmentant pour ses services spécialisés de chirurgies et de services invasifs. La planification de nouvelles salles pour la chirurgie, salle hybride et d'électrophysiologie viendra aider.

Il y a dans tous les secteurs un excellent processus de priorisation des patients pour déterminer leurs besoins et la rapidité avec laquelle ils doivent accéder aux services.

La collaboration avec les partenaires référents est excellente; des rencontres récentes avec les centres hospitaliers référents ont permis d'uniformiser et de standardiser la collecte de données et la préparation des usagers qui seront par la suite transférés vers l'Institut. De plus, pour les services non offerts par l'organisme, un corridor de transfert en chirurgie générale a été établi entre l'urgence de l'organisme et l'Hôpital Saint-François D'Assise.

Afin de faciliter la présence de la famille auprès de l'utilisateur, la politique de visite se modifie dans l'établissement. La formation est donnée aux usagers et famille sur la préparation préopératoire et des vidéos sont disponibles pour les usagers en attente de chirurgie cardiaque.

Le consentement est obtenu et consigné au dossier pour toute procédure.

Bien que des services d'éthique clinique existent dans l'organisme, ils sont peu connus des employés et des usagers et semblent peu utilisés. L'organisme est invité à revoir cette situation.

Un processus d'évaluation du risque de chute, échelle de MORSE, et un processus d'évaluation du risque de plaie de pression, échelle de BRADEN, sont en place et appliqués systématiquement à tous les usagers admis. Des audits sont réalisés régulièrement pour évaluer la conformité à ces processus. Même au bloc opératoire, on se soucie des dangers de plaies de pression lors de longues chirurgies et un projet d'amélioration a permis de revoir les techniques de positionnement des clients et autres techniques pour diminuer les risques de plaie de pression.

Une feuille de transition a été développée pour faciliter l'échange d'information lorsque l'utilisateur quitte les soins intensifs vers l'unité de soin en post-chirurgie.

La politique de vérification au moment de la chirurgie et le temps d'arrêt sont en place et des audits permettent de valider que le tout soit respecté. Il est à souligner que depuis peu, une liste de vérification et un temps d'arrêt ont également été mis en place pour les procédures d'électrophysiologie.

La prévention des infections est une priorité organisationnelle et les unités visitées n'y échappent pas; des indicateurs sont suivis sur une base régulière et toute élévation de taux d'infection enclenche un mécanisme de revue de processus. Par exemple, une légère augmentation des infections de plaies post-chirurgicales a amené une revue des processus de rasage, de la douche préopératoire, du processus de désinfection et d'antibioprophylaxie.

L'établissement doit également être félicité pour sa réaction rapide face aux dangers possibles de contamination des générateurs thermiques en salle d'opération par le mycobactérium chimaera, tant pour avoir avisé les usagers que d'avoir mis en place des mesures pour diminuer le risque de contamination potentiel.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Les unités visitées dans le cadre de ce secteur d'activité comprennent le bloc opératoire, l'unité de soins de chirurgie cardiaque, le bloc d'endoscopie digestive et respiratoire ainsi que le secteur d'hémodynamie-électrophysiologie.

Il y a plusieurs systèmes d'information qui appuient le processus clinique; le dossier clinique informatisé est bien implanté et il y a un processus rapide de numérisation du dossier clinique papier au départ de l'utilisateur qui facilite l'accès rapide à l'information si l'utilisateur sollicite d'autres soins. Un système informatique de cueillette de données cliniques est utilisé en salle d'hémodynamie et permet le recueil de données en temps réel.

Beaucoup de données cliniques recueillies auprès de l'utilisateur se font à partir de protocoles préétablis ou de feuilles de données standardisées, ce qui assure une uniformité des renseignements recueillis et d'éviter les oublis.

Outil d'aide à la décision au sein du bloc opératoire sont les règlements du bloc opératoire dont la dernière version a été révisée en 2013. Il y a également un comité du bloc opératoire très actif, qui se réunit toutes les trois semaines et qui permet de cerner les enjeux au bloc opératoire, de discuter des décisions à prendre lors de situations particulières. Ainsi, le comité du bloc est à préparer un plan d'action qui permettra de maintenir les activités usuelles du bloc lors de la fermeture d'une salle causée par des travaux d'agrandissement.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les secteurs visités ont tous développé dans les récentes années divers projets LEAN d'amélioration de la qualité. Ces projets soulèvent beaucoup d'enthousiasme et tous y collaborent; le personnel a mentionné la grande participation des médecins, ce qui favorise grandement l'implantation de ces projets.

Il y a un processus de gestion des risques en place dans toutes les unités visitées. Une priorité est d'augmenter la conformité dans le lavage des mains.

Plusieurs indicateurs sont suivis et un tableau de bord est rendu public régulièrement sur toutes les unités.

Les usagers rencontrés ont montré une grande satisfaction par rapport aux services reçus.

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

Les médicaments utilisés au bloc opératoire sont conservés de façon sécuritaire et il y a un processus bien établi pour encadrer l'utilisation et le contrôle des médicaments à risque élevé et des narcotiques.

Les gaz anesthésiants sont également entreposés de façon adéquate.

## Ensemble de normes : Services transfusionnels - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	
2.1 L'équipe établit des buts et effectue un suivi des délais de réponse pour les demandes de services transfusionnels non urgentes, urgentes et très urgentes.	!
4.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
4.5 Les gestionnaires de l'équipe consignent les résultats d'évaluation et de réévaluation des compétences.	
4.7 L'équipe dispose d'un système qui évalue régulièrement l'efficacité de ses activités de formation et d'évaluation des compétences.	
4.8 L'organisme tient et conserve pour chaque membre de l'équipe des dossiers complets et à jour sur les qualifications, la formation et les compétences, y compris les résultats d'évaluation et de réévaluation des compétences, ainsi que les mesures correctives.	
6.3 L'organisme limite aux membres autorisés de l'équipe l'accès aux aires de travail réservées aux services transfusionnels.	!
25.1 L'équipe recueille des renseignements et des commentaires auprès des usagers, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.	

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)****Processus prioritaire : Services transfusionnels**

Tous les équipements de la banque de sang sont bien entretenus par les technologistes et les entretiens préventifs sont réalisés selon le calendrier prévu. Il faut souligner les efforts mis pour développer un cahier de charges pour chacun des équipements de la banque.

Une analyse de risque a été réalisée pour chacun des postes de travail. Cette dernière est très exhaustive et aucun élément n'est laissé pour compte.

Certains produits sanguins sont transportés à l'intérieur de l'établissement sans un emballage secondaire. Afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des produits sanguins, nous croyons que l'ajout d'un contenant secondaire serait une bonne pratique à adopter.

Il existe des activités d'évaluation des compétences à l'embauche ou lors d'une formation, mais pas de programme structuré d'évaluation des compétences pour tout le personnel impliqué dans l'acte transfusionnel, que ce soit au niveau de la banque de sang ou des unités de soins, tel que requis par la norme.

Sur les unités de soins, on retrouve facilement toute la documentation requise en regard de la médecine transfusionnelle. Une copie plastifiée schématise bien toutes les étapes et les symptômes sont clairement identifiés.

Tous les dossiers consultés étaient complets et le suivi noté respectait en tout point la procédure d'administration des produits sanguins. Tous les consentements étaient consignés au dossier sous différentes formes. Nous avons constaté qu'il était difficile de savoir qui avait colligé les informations lorsque le patient recevait plusieurs produits sanguins en urgence: l'organisme est encouragé à développer des mécanismes qui permettraient une meilleure traçabilité.

On note plusieurs activités d'amélioration de la qualité. Par contre, aucun sondage n'a été effectué auprès de la clientèle. L'établissement est encouragé à mettre en place un tel mécanisme et à s'appropriier l'ensemble de la norme en regard des services transfusionnels. Afin d'éviter la duplication, il serait souhaitable que toutes ces activités puissent s'intégrer aux processus d'amélioration du laboratoire.

## Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
5.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.5 Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille ou les soignants (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'usager qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.	  <b>PRINCIPAL</b>
8.5.1 Les types d'usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi sont précisés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.2 En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, la fréquence à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments est précisée et consignée.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.3 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille et le soignant (selon le cas) et consigné.	<b>PRINCIPAL</b>

8.5.4	Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est comparé à la liste actuelle de médicaments et tout écart entre les deux sources d'information est décelé et consigné. Cela se fait à la fréquence établie par l'organisme dans sa documentation.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.5	Les écarts entre les sources d'information sur les médicaments sont réglés en partenariat avec l'utilisateur et la famille OU communiqués au prescripteur principal; les mesures prises pour régler les écarts sont consignées.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.6	Quand les écarts sont réglés, la liste de médicaments est mise à jour et conservée dans le dossier de l'utilisateur.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.7	L'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre à la fin des services.	<b>PRINCIPAL</b>

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

Au cours des dernières années, plusieurs cliniques ambulatoires ont été relocalisées dans l'organisme. L'environnement physique a été revu en prenant en considération les besoins des usagers et de leurs proches. L'organisation du travail a aussi été revue pour certaines cliniques. On souligne la gestion tripartite à la clinique de chirurgie bariatrique qui est composée de la gestionnaire responsable, du chef de la chirurgie et de la conseillère-cadre en soins infirmiers.

Les cliniques ambulatoires de l'Institut se démarquent par des équipes interdisciplinaires dynamiques et détenant une très grande expertise. L'amélioration continue de la qualité des soins et des services ainsi que des processus est au cœur des préoccupations et des actions des équipes. L'implication des usagers et de leurs proches est bien présente. On encourage l'organisme à poursuivre les travaux afin d'accroître l'accessibilité et la continuité des soins et des services en intégrant des patients-partenaires. L'organisme doit continuer ses démarches de collaboration et de partenariat avec les services de la première ligne.

**Processus prioritaire : Compétences**

Le personnel des différentes cliniques ambulatoires se démarque par sa grande expertise et son désir de maintenir ses connaissances à jour. Le personnel a accès à différentes activités de formation, de transfert de connaissances ainsi qu'aux résultats de la recherche. On félicite l'organisme pour l'organisation de la première édition du symposium de chirurgie bariatrique qui s'est tenu en octobre 2015.

Des descriptions de responsabilités sont élaborées pour chaque membre du personnel. L'appréciation de la contribution des membres du personnel est une démarche bien implantée.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Chaque clinique ambulatoire a défini son offre de services ainsi que des critères d'admissibilité pour les usagers. Les équipes encouragent les usagers et leurs proches à prendre une part active dans le suivi de leur état de santé. L'enseignement aux usagers et à leurs proches est une activité très répandue dans les cliniques ambulatoires. Les équipes collaborent avec les services de première ligne et transfèrent leurs usagers lorsque pertinent. Différents documents standardisés sont utilisés pour l'évaluation et le suivi de la condition des usagers. Le personnel est soucieux d'offrir des soins et des services de qualité et sécuritaires. On encourage l'organisme à poursuivre le déploiement du bilan comparatif des médicaments dans les différentes cliniques ambulatoires.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'offre de service de l'Institut comprend différentes cliniques ambulatoires spécialisées. Dans chaque clinique, un dossier usager est constitué selon les procédures de l'établissement. Diverses modalités, selon les cliniques, permettent le partage de l'information clinique entre les intervenants et services concernés. Les systèmes d'information en place sont efficaces et favorisent une approche interdisciplinaire. Lors de l'embauche, un engagement de confidentialité et de respect de la sécurité des actifs informationnels est signé par tous les employés.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Une station visuelle est en place depuis plus d'une année à la clinique de chirurgie bariatrique. Cette station est mise à jour chaque semaine, on y retrouve différents indicateurs avec des objectifs. Plusieurs projets Lean ont été réalisés dans les cliniques ambulatoires spécialisées. On félicite l'équipe du projet de révision du processus de suivi de la clientèle de la clinique d'insuffisance rénale ainsi que l'équipe du projet de révision du processus de prise en charge de la clientèle lors des visites à la clinique d'insuffisance cardiaque.

## Ensemble de normes : Soins et services à domicile - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.5 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.3 La capacité de chaque usager de participer à ses soins est déterminée en partenariat avec l'usager et sa famille.	
7.4 Les souhaits de l'usager quant à la participation de la famille à ses soins sont respectés.	
8.3 Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis à l'usager sont déterminés en partenariat avec l'usager et la famille.	
10.4 Les services pertinents de suivi pour l'usager, le cas échéant, sont coordonnés en collaboration avec l'usager, la famille, d'autres équipes et organismes.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
Le mandat de cette équipe de services régionaux de soins respiratoires spécialisés à domicile est clairement défini. Des partenariats sont formés avec d'autres services, programmes, prestataires et organismes pour répondre aux besoins des usagers dans la communauté.	

On encourage l'équipe à revoir l'environnement physique des lieux où sont les bureaux de travail de l'équipe de soins à domicile. On encourage l'organisme à se doter d'une utilité souillée distincte de l'utilité propre.

#### Processus prioritaire : Compétences

Le professionnalisme et les soins infirmiers prodigués par l'infirmière rencontrée lors de la visite à domicile sont exemplaires.

On encourage l'équipe à offrir de la formation et du perfectionnement sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.

On encourage l'équipe à offrir de la formation et du perfectionnement sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.

#### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe dispose d'un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun. La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse. Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

On encourage l'équipe à discuter avec l'utilisateur de sa capacité à participer à ses soins en partenariat avec sa famille. On encourage l'équipe à déterminer les objectifs et les résultats attendus des soins et services qui lui seront fournis en partenariat avec sa famille.

On encourage l'équipe à évaluer en collaboration avec les partenaires externes, par exemple, les services de soins à domicile des CLSC, les mécanismes de coordination mise en place concernant les services pertinents de suivi pour l'utilisateur.

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

Une série de renseignements standards sur la santé est recueillie pour assurer l'uniformité des dossiers des usagers afin de pouvoir les comparer. Des politiques et procédures sont suivies pour recueillir l'information sur l'utilisateur, la consigner, y avoir accès et l'utiliser de manière sécurisée.

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement pour s'assurer qu'ils tiennent compte des données actuelles sur la recherche et les meilleures pratiques.

L'équipe recueille des renseignements et des commentaires afin de déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité.

Lors de la visite à domicile, un sondage de satisfaction a été remis à la patiente.

## Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes se servent d'outils d'évaluation. Le programme Qmentum comprend trois outils (ou questionnaires) qui évaluent le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des usagers, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets suivants :

- composition du conseil d'administration;
- portée de ses pouvoirs (rôles et responsabilités);
- processus de réunion;
- évaluation du rendement.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- **Période de collecte de données : 19 juin 2016 au 9 septembre 2016**
- **Nombre de réponses : 18**

#### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	0	100	2
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	6	0	94	3
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	39	6	56	72
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	6	11	83	10

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	0	100	2
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	1
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	2
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	6	94	2
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	50	11	39	64
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	6	94	3
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	6	94	1
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	6	6	89	2
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	1
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	2
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	6	94	0
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	18	12	71	10
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	20	40	40	13

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	20	20	60	7
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	6	25	69	14
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	20	20	60	4
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	20	20	60	50
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	6	12	82	7
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	20	20	60	2
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	6	6	89	10
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	6	94	3
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	0	100	5
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	33	33	33	77
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	0	6	94	3
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	0	100	2

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	11	6	83	3
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	6	12	82	3
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	25	0	75	5

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	11	22	67	4
34. La qualité des soins	0	39	61	5

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

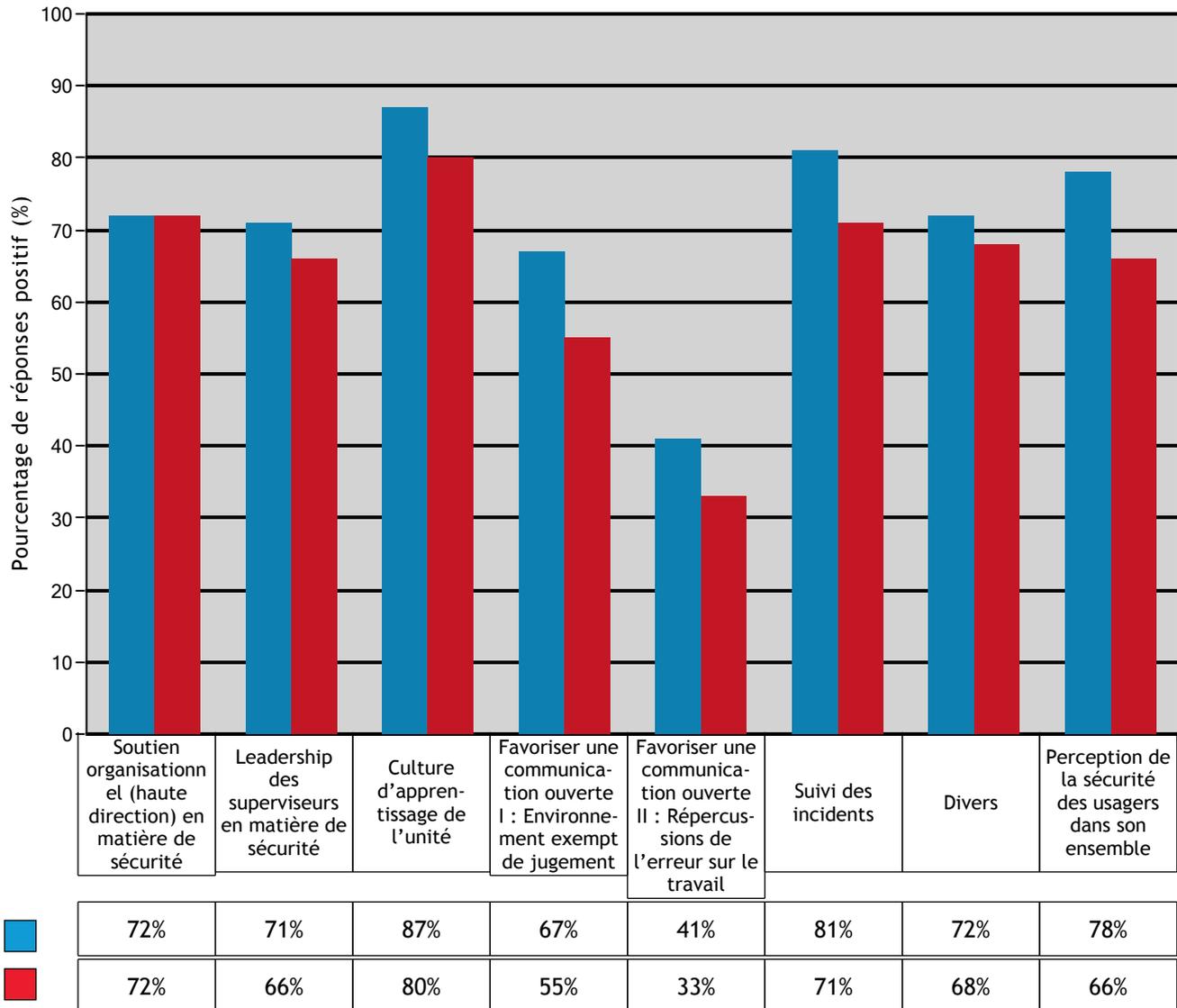
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les organismes, et ce, dans quelle mesure. Le Sondage sur la culture de sécurité des patients, un outil fondé sur l'expérience concrète qui offre des renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des usagers. Cet outil permet aussi d'accorder une note globale aux organismes pour ce qui est de la sécurité des usagers et d'évaluer diverses dimensions de la culture de sécurité des usagers.

Les résultats de l'évaluation de la culture de sécurité des patients permettent à l'organisme de cerner ses points forts et ses possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des usagers et à la qualité de vie au travail.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage sur la culture de sécurité des patients, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- **Période de collecte de données : 30 septembre 2015 au 5 décembre 2015**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 317**
- **Nombre de réponses : 569**

**Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers**



**Légende**

- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval
- \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend un instantané de la qualité de vie au travail.

Les organismes peuvent utiliser les constatations qui découlent du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail pour cerner les points forts et les lacunes dans la qualité de vie au travail, inciter leurs partenaires à participer aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier les interventions pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement comment la qualité de vie au travail a une influence sur la capacité de l'organisme d'atteindre ses buts stratégiques. En se concentrant sur les mesures à prendre pour améliorer les déterminants de la qualité de vie au travail mesurés au moyen du sondage, les organismes peuvent améliorer leurs résultats.

L'organisme a utilisé un questionnaire de remplacement approuvé par Agrément Canada pour évaluer la qualité de vie au travail, mais il n'a pas fourni à Agrément Canada les résultats qui en ont découlé.

## Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

Évaluer l'expérience de l'utilisateur de façon systématique et structurée permet aux organismes de recueillir de l'information qu'ils peuvent utiliser pour améliorer les services centrés sur l'utilisateur, accroître la participation de celui-ci et alimenter les projets d'amélioration de la qualité.

L'organisme, avant la visite, se sert d'un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur qui porte sur les dimensions suivantes :

**Respect des valeurs des usagers, de leurs besoins et de leurs préférences**, dont le respect des droits, des valeurs culturelles et des préférences des usagers; l'obtention d'un consentement éclairé et la prise de décisions conjointe; et l'encouragement à une participation active à la planification des soins et à la prestation des services.

**Partage d'information, communication et enseignement**, y compris fournir l'information que les gens désirent obtenir, assurer une communication ouverte et transparente, et offrir de l'enseignement aux usagers et à leur famille au sujet des questions liées à la santé.

**Coordination et intégration des services d'un point de service à l'autre**, dont l'accès aux services, un service continu dans l'ensemble du continuum de soins et la préparation des usagers pour le congé ou la transition.

**Amélioration de la qualité de vie dans le milieu de soins et dans les activités de la vie quotidienne**, y compris pour ce qui est d'offrir le confort physique, la gestion de la douleur, le soutien émotionnel et spirituel et du counseling.

L'organisme a ensuite la possibilité de voir aux possibilités d'amélioration et de discuter des projets liés à l'amélioration de la qualité avec les visiteurs durant la visite d'agrément.

Exigence du programme sur l'expérience vécue par l'utilisateur	
L'organisme a effectué un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur en se servant d'un outil et d'une approche qui répondent aux exigences du programme d'agrément.	Conforme
L'organisme a transmis à Agrément Canada un ou plusieurs rapports de sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur.	Non Conforme

## Annexe A - Programme Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer ses services de façon régulière et constante. Le programme Qmentum d'Agrément Canada offre un processus adapté aux besoins et aux priorités de chaque organisme client.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 10 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux organismes clients dans leur portail. L'information contenue dans ce plan est utilisée conjointement avec le rapport d'agrément pour assurer l'élaboration de plans d'action détaillés.

Tout au long du cycle de quatre ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

### Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées. L'organisme transmet à Agrément Canada les preuves des mesures prises pour les éléments qui exigent un suivi.

### Évaluation des preuves et amélioration continue

Cinq mois après la visite, Agrément Canada évalue les preuves transmises par l'organisme. Si ces preuves démontrent qu'il y a maintenant conformité à un pourcentage suffisant de critères qui n'étaient pas respectés auparavant, un nouveau type d'agrément pourrait être attribué pour tenir compte des progrès de l'organisme.

## Annexe B - Processus prioritaires

### Processus prioritaires qui se rapportent aux normes qui touchent l'ensemble du système

Processus prioritaire	Description
Capital humain	Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.
Cheminement des clients	Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.
Communication	Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.
Environnement physique	Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.
Équipement et dispositifs médicaux	Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.
Gestion intégrée de la qualité	Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.
Gouvernance	Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.
Planification et conception des services	Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.
Préparation en vue de situations d'urgence	Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.
Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

## Processus prioritaires qui se rapportent à des normes relatives à des populations spécifiques

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

## Processus prioritaires qui se rapportent aux normes sur l'excellence des services

Processus prioritaire	Description
Aide à la décision	Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.
Analyses de biologie délocalisées	Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.
Banques de sang et services transfusionnels	Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.
Compétences	Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.
Don d'organes (donneur vivant)	Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.
Épisode de soins	Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.

Processus prioritaire	Description
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
Impact sur les résultats	Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Leadership clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic – Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic – Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.