



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

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

Québec, QC

Séquence 3

Dates de la visite d'agrément : 25 au 28 octobre 2021

Date de production du rapport : 9 décembre 2021

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 octobre 2021. Ce rapport de visite 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 de visite.

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 de visite au personnel, aux membres du conseil d'administration, aux usagers, à la communauté et aux autres partenaires.

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

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	16
Commentaires de l'organisme	18
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	19
Résultats détaillés de la visite	20
Résultats pour les manuels d'évaluation	21
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	21
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	23
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	25
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	27
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	28
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	29
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	31
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	32
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	34
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation	36
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	39
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	40
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	41
Ensemble de normes : Télésanté	41
Annexe A - Programme Qmentum	42

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 mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent 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 sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issue du cycle de 5 ans.

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.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 25 au 28 octobre 2021**

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les emplacements et services de l'organisme sont considérés comme agréés.

1. Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

- **Manuels d'évaluation**

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

1. Santé physique

- **Normes**

Normes sur l'excellence des services

1. Télésanté

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 manuels d'évaluation est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

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.)	2	0	0	2
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	73	1	0	74
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	403	12	38	453
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	13	1	0	14
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	351	10	22	383
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	46	5	0	51
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	311	19	9	339
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	27	0	3	30
Total	1226	48	72	1346

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

Le programme Qmentum permet de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins et des services sécuritaires, et de haute qualité qui sont gérés efficacement.

Les manuels d'évaluation sont accompagnés de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à ces derniers.

Les chapitres des manuels d'évaluation traitent de populations, de secteurs et de services bien précis dans un programme-services. Les chapitres qui servent à évaluer un programme-service sont choisis en fonction du type de services offerts.

L'information contenue dans le tableau fait état des manuels d'évaluation qui ont servi à évaluer 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.

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	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
Santé physique									
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	36 (90,0%)	4 (10,0%)	0	44 (91,7%)	4 (8,3%)	0	80 (90,9%)	8 (9,1%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	50 (98,0%)	1 (2,0%)	0	67 (93,1%)	5 (6,9%)	0	117 (95,1%)	6 (4,9%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	40 (97,6%)	1 (2,4%)	0	46 (97,9%)	1 (2,1%)	1	86 (97,7%)	2 (2,3%)	1
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	44 (100,0%)	0 (0,0%)	0	61 (96,8%)	2 (3,2%)	5	105 (98,1%)	2 (1,9%)	5

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	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
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	53 (98,1%)	1 (1,9%)	22	68 (98,6%)	1 (1,4%)	16	121 (98,4%)	2 (1,6%)	38
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	27 (96,4%)	1 (3,6%)	0	56 (93,3%)	4 (6,7%)	0	83 (94,3%)	5 (5,7%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	81 (100,0%)	0 (0,0%)	1	60 (100,0%)	0 (0,0%)	4	141 (100,0%)	0 (0,0%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	19 (79,2%)	5 (20,8%)	5	36 (100,0%)	0 (0,0%)	6	55 (91,7%)	5 (8,3%)	11
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	75 (97,4%)	2 (2,6%)	0	54 (88,5%)	7 (11,5%)	1	129 (93,5%)	9 (6,5%)	1
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation	57 (98,3%)	1 (1,7%)	0	50 (94,3%)	3 (5,7%)	0	107 (96,4%)	4 (3,6%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	28 (100,0%)	0 (0,0%)	4	34 (97,1%)	1 (2,9%)	7	62 (98,4%)	1 (1,6%)	11
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0	16 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	513 (97,0%)	16 (3,0%)	32	589 (95,5%)	28 (4,5%)	40	1102 (96,2%)	44 (3,8%)	72
Télesanté									

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	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
Ensemble de normes : Télesanté	21 (100,0%)	0 (0,0%)	0	32 (100,0%)	0 (0,0%)	0	53 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	21 (100,0%)	0 (0,0%)	32	32 (100,0%)	0 (0,0%)	0	53 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	534 (97,1%)	16 (2,9%)	32	621 (95,7%)	28 (4,3%)	40	1155 (96,3%)	44 (3,7%)	72

* 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. 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
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	4 sur 4

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	4 sur 4
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Non Conforme	0 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	5 sur 5
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	3 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	8 sur 8
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	3 sur 3

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.

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ-UL) est une organisation pour laquelle la qualité et la sécurité des soins et services qu'elle offre ont une très grande importance. Elle a développé et implanté un programme de gestion intégrée des risques qui permet un suivi rigoureux des situations nécessitant une attention et la mise en place de solutions rapides. Ce programme est connu et appliqué à tous les niveaux hiérarchiques, permettant une fluidité de la communication sous forme d'escalade-cascade qui favorise l'efficacité. L'équipe de gestion a également mis en place une structure de gestion du cheminement des usagers très complète et rigoureuse. Les outils de gestion utilisés pour les suivis, combinés aux rencontres régulières des instances concernées, assurent une démarche efficace et efficiente. L'engagement de toutes les directions est formel dans ce processus. Un partenariat avec le CIUSSS de la Capitale Nationale assure la présence d'infirmières de liaison et d'intervenants réseau dans les différents secteurs de l'IUCPQ-UL. Leur rôle est de faire les liens précocement avec les organismes externes afin d'accélérer les transferts lors du congé.

L'IUCPQ-UL bénéficie d'une grande reconnaissance de la part de ses usagers. Toutes les personnes rencontrées expriment une satisfaction sans faille à l'égard des services reçus. Le personnel est engagé et exprime également une grande satisfaction au travail. La réputation de l'établissement est bien établie, ce qui lui permet de compter sur l'appui et l'implication de la population. En 2018, le bureau de partenariat a été créé et l'implication d'usagers-ressources prend de plus en plus d'importance au sein de différents comités.

La pandémie a permis de développer en grande vitesse la télésanté à l'IUCPQ-UL. Tout a été mis en œuvre afin d'assurer un soutien structuré et personnalisé aux usagers avant leur premier rendez-vous et tout au long de leur suivi. Les professionnels se sont mobilisés afin de s'approprier cette technologie au bénéfice de leurs usagers. La pandémie a facilité le déploiement de cette modalité plus légère. L'IUCPQ-UL avec ses responsabilités supra-régionales est encouragé à assurer la pérennité et à développer la télésanté dans l'avenir au bénéfice de leurs usagers.

L'IUCPQ-UL obtient un taux de conformité de plus de 90 pour cent pour l'ensemble des secteurs visités de ce 3e cycle d'évaluation. Une seule pratique organisationnelle requise n'est pas conforme à 100 pour cent. En effet, bien que des éléments soient en place pour la transmission de l'information pertinente aux points de transition de l'utilisateur, le processus n'est pas standardisé et l'information transférée n'est généralement pas documentée.

Parmi les autres défis et possibilités d'amélioration constatés, il faut noter l'importance de définir une procédure encadrant le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, d'implanter un processus de révision systématique de la documentation et de renforcer la cogestion médico-administrative. Il serait aussi pertinent de développer un calendrier d'audits qui assurerait un suivi régulier et systématique en lien avec les critères et les pratiques organisationnelles requises. Dans le même ordre d'idée, un plan de formation pourrait être élaboré en se calquant sur les différents critères et pratiques organisationnelles requises. Une planification sous forme de calendrier pourrait aussi être élaborée pour la planification des différentes simulations en lien avec les mesures d'urgence.

L'intégration des usagers et des familles est bien entamée avec la participation d'usagers-ressources à plusieurs comités. L'établissement devra poursuivre sa démarche en impliquant davantage les usagers et les familles au quotidien dans ses activités et explorer d'autres moyens d'obtenir la perspective de ces derniers.

Dans le but de décentraliser la démarche d'amélioration continue, dont font partie les évaluations réalisées par Agrément Canada, les directions pourraient mettre en place des comités d'amélioration continue locaux permanents pour chacun des secteurs sous leur gouverne, dirigés par les chefs des secteurs et impliquant des intervenants du terrain. Cette démarche pourrait inclure des membres des équipes médicales afin de renforcer la cogestion clinico administrative.

Commentaires de l'organisme

Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.

Nous accueillons le rapport d'Agrément Canada avec enthousiasme. Les commentaires reçus par l'équipe des visiteurs sont une source de fierté et de motivation pour l'ensemble du personnel œuvrant à l'Institut ayant contribué, de près ou de loin, à l'atteinte de ces résultats. Nous constatons que les efforts et les actions qui nous animent au quotidien nous permettent d'atteindre de hauts standards au regard de la qualité et de la sécurité des soins et des services, tout en maintenant un milieu de travail favorisant le bien-être de notre personnel entièrement dévoué à notre clientèle. Lors de la séance-synthèse, qui a eu lieu le 28 octobre dernier, l'équipe des visiteurs a reconnu de nombreuses forces quant à l'intégration des principes d'amélioration continue de la qualité qui transparaissent dans nos pratiques. Notre programme de gestion intégrée des risques a notamment été mis en évidence, de même que notre structure de gestion du cheminement des usagers, le déploiement de notre bureau de partenariat, le développement de la télésanté, la grande reconnaissance de la part de nos usagers ainsi que l'engagement et la satisfaction au travail de notre personnel.

Par ailleurs, nous avons obtenu de nos visiteurs des indices intéressants sur les améliorations et les défis à relever au cours des prochains mois et des prochaines années, notamment au regard de la formation des intervenants en matière d'éthique. Aussi, nos équipes sont déjà à l'œuvre afin d'accroître l'implication des usagers et leurs familles dans les soins et de formaliser les moyens de transmission de l'information pertinente au moment du transfert d'un usager.

Nous tenons à remercier l'équipe des visiteurs d'Agrément Canada pour leur soutien et l'expertise qu'ils nous apportent dans la poursuite de nos objectifs d'excellence.

Nous remercions également chaque membre du personnel œuvrant à l'Institut, les équipes qualité qui ont dû s'adapter, comme l'ensemble des employés, au contexte de la crise sanitaire, l'équipe de direction, les gestionnaires ainsi que les médecins, pour leur dévouement quotidien à la réalisation de notre mission. De plus, nous désirons dire un merci particulier aux membres du conseil d'administration, à nos partenaires, à nos bénévoles, à nos usagers-ressources, aux membres du comité des usagers ainsi qu'aux usagers et à leurs familles, pour avoir investi de leur temps aux fins de cette démarche d'agrément.

Nous pouvons être fiers de ce que nous sommes en tant qu'équipe et comme organisation, en plus de tout ce qui a été réalisé dans le contexte exceptionnel de la pandémie. La situation vécue a suscité des changements majeurs dans nos façons de faire, avec des efforts essentiellement centrés sur les soins directs aux usagers afin de maintenir des soins et des services de qualité et de sécurité hautement reconnus. Les résultats confirment que nous sommes tous animés par un souci de l'excellence, ce qui constitue une grande force mobilisatrice au sein de l'établissement dans la pérennité de notre culture de sécurité.

Denis Bouchard
Président-directeur général
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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 le chapitre du manuel d'évaluation dans lequel il se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.89 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.61 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.42 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation 14.1.76

Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

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 pour chaque chapitre.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux chapitres. 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.

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

Résultats pour les manuels d'évaluation

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des manuels d'évaluation, puis des chapitres.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.1.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
1.3.5 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
1.4.10 Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
1.5.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
1.5.4 Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.6 Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
Commentaires des visiteurs	

Chapitre 1 - Excellence des services

L'institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ-UL) a à cœur la qualité et l'excellence des services qu'elle offre à sa clientèle. L'engagement de la haute direction, mais aussi de tous les acteurs rencontrés, est palpable. Le modèle de gestion intégrée des risques est solidement implanté et une grande rigueur des suivis systématiques est appliquée. L'efficacité du modèle est reconnue par les équipes du terrain qui offrent des soins directs aux usagers. Le modèle permet une circulation de l'information de manière bidirectionnelle sous forme d'escalade-cascade qui est très appréciée de tous.

L'établissement a bien saisi que le capital humain constitue sa force et des efforts importants sont déployés pour reconnaître la valeur des employés. L'IUCPQ-UL a d'ailleurs une désignation d'Entreprise en santé - Élite, ce qui démontre bien que ses efforts portent fruit.

La satisfaction des utilisateurs de services de l'IUCPQ-UL est très élevée. L'établissement a également mis sur pied un bureau de partenariat qui est chargé du recrutement et de l'accompagnement des usagers-ressources. Ces derniers sont présents dans plusieurs comités et tables de travail et leur apport est très valorisé par l'établissement. Bien que l'implication des usagers et de leur famille à d'autres niveaux et dans d'autres sphères soit souhaitable, l'IUCPQ-UL est sur une belle lancée concernant l'approche de l'utilisateur partenaire et ses actions doivent être soulignées. Il ne fait aucun doute que cette approche prendra de l'ampleur au cours des prochains mois et années. Dans ce sens, l'équipe de direction est consciente que la voix des usagers doit être considérée à tous les niveaux et elle démontre une grande ouverture et volonté à étendre la pratique. L'une des pratiques à prioriser dans ce sens est la formalisation du plan d'intervention individualisé dans les secteurs où c'est pertinent. En effet, la tenue de rencontres interdisciplinaires est répandue, mais rares sont les secteurs qui documentent un plan structuré sur un formulaire spécifique. Cette démarche devrait se faire en collaboration avec l'utilisateur et sa famille dans une perspective d'amélioration, d'inclusion et de responsabilisation des acteurs.

Plusieurs procédures, politiques et processus ont été développés dans le passé sans que les usagers soient impliqués. L'établissement est fortement encouragé à réaliser des démarches de révision de ces procédures, politiques et processus avec l'apport des usagers et leur famille dans le développement de l'approche de partenariat.

L'IUCPQ-UL offre plusieurs activités de formation en continu aux membres de son personnel. Il serait pertinent de développer un calendrier de formations incontournables calqué sur les pratiques organisationnelles requises et les critères d'Agrément Canada. Dans le même sens, un calendrier d'audits pourrait être élaboré et mis en œuvre. Finalement, une planification structurée des exercices de simulation compléterait bien les activités régulières à réaliser afin d'assurer une fluidité des processus.

En ce qui concerne le code d'éthique, l'établissement a réalisé sa révision et a développé son cadre de référence, mais la situation pandémique a empêché la formation du personnel qui était prévue. Le comité directeur est conscient de l'importance d'aller de l'avant dans un délai rapproché.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Services des urgences	
2.1.2 De la formation et du soutien pour travailler auprès d'usagers aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie sont fournis aux membres de l'équipe.	
2.1.7 Les obstacles qui empêchent les usagers, les familles, les prestataires et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder au service des urgences sont cernés et éliminés avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1.66 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
2.1.76 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
<p>2.1.89 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>2.1.89.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement: admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>2.1.89.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>2.1.89.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p> <p>2.1.89.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <p>utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	

2.1.90	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.2.9	Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Services des urgences

L'équipe de l'Urgence est une équipe dynamique et souriante qui donne le sentiment d'être en contrôle malgré les activités accrues. Les lieux sont bien organisés pour favoriser l'efficacité. La plus grande fierté des membres de l'équipe est le travail d'équipe, la collaboration et l'adaptation aux changements durant la crise pandémique. Comme l'établissement est un centre dédié, les impacts ont été importants. Ils disent sortir de cette période encore plus solidaires qu'auparavant.

Leur souhait serait maintenant d'avoir du personnel en quantité suffisante pour assurer les services réguliers en ayant moins recours aux heures supplémentaires. Ils reconnaissent que leur gestionnaire travaille fort dans ce sens.

En ce qui concerne l'aspect de la sécurité, la présence d'une ouverture au bout d'un corridor accessible aux usagers qui donne sur un petit escalier de trois marches a été notée. Il y a un risque de chute pour les usagers. Il est recommandé d'évaluer la possibilité de faire installer une porte ou demi porte.

Bien que la documentation sommaire de l'épisode de soins à l'Urgence soit disponible pour le personnel des unités de soins dans le système informatique utilisé, le processus de transfert de l'information au points de transition n'est pas formalisé ni standardisé. L'équipe est invitée à travailler en collaboration avec les instances concernées pour la formalisation de cette pratique à l'échelle organisationnelle.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	
3.1.43 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
3.1.61 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
3.1.61.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.	
3.1.61.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
3.1.61.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	
3.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

Les équipes des unités d'hospitalisation visitées sont des équipes engagées et loyales envers la clientèle et l'établissement. Elles font preuve de créativité pour réussir une bonne organisation du travail dans des lieux souvent vétustes. À l'unanimité, les personnes rencontrées reconnaissent que leurs conditions de travail sont bonnes, que le climat est agréable et que le travail d'équipe et de collaboration est très fort. Les membres du personnel plus novices expriment leur satisfaction quant à l'accueil, la formation et le soutien qu'ils reçoivent. Il est à propos de souligner la capacité d'adaptation et la mobilisation du personnel durant la crise qui perdure de la situation pandémique.

Les usagers rencontrés n'avaient que des éloges à l'égard des soins et des services qu'ils reçoivent. Ils ont tous exprimé qu'ils se sentaient en sécurité, considérés et respectés.

Néanmoins, les enjeux d'attraction et de rétention du personnel sont des réalités. Les membres des équipes devront être mis à contribution dans l'identification de solutions durables en collaboration avec les gestionnaires et la direction des ressources humaines.

Il a été mentionné que la formalisation de la cogestion avec le volet médical mériterait qu'on s'y attarde. Également, il est souhaitable de développer une communauté de pratique multidisciplinaire afin de favoriser l'interdisciplinarité au sein des équipes.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de soins critiques	
4.1.86 L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement sur la façon de soutenir et d'informer les familles de donneurs potentiels d'organes et de tissus, et ce, avec l'apport des familles concernées.	
4.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 4 - Services de soins critiques	

Les trois services de soins critiques s'inscrivent parfaitement bien dans les trajectoires surspécialisées dans lesquelles elles s'inscrivent. De ce fait, les modalités différentes de gestion du flot sont bien adaptées. Dans tous les cas, on perçoit l'expertise et le dévouement des équipes envers leurs clientèles et leur fierté quant à l'excellence des services offerts.

Les modalités de transmission des informations aux points de transitions sont peu formalisées dans certaines trajectoires.

Les membres des équipes comptent sur leur expérience et leurs expertises exceptionnelles dans leurs domaines pour guider leurs réflexions éthiques. Celles-ci sont fréquentes et riches, cependant, ils ne perçoivent pas l'apport des outils et aides éthiques issus du comité d'éthique institutionnel. Pour cette raison, ils ne sont pas enclins à y recourir.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 - Services d'oncologie	
7.1.97 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
7.1.107 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 7 - Services d'oncologie	

Une équipe mobilisée possédant un haut niveau de compétences et travaillant en partenariat pour les continuums en oncologie du guichet d'accès à la clinique d'oncologie a été rencontrée. L'ensemble des intervenants travaillent en interdisciplinarité avec les usagers (infirmières, psychologues, médecins spécialistes, pharmaciens, nutritionnistes, bénévoles, gestionnaire, agentes administratives. etc.).

Il faut souligner la création du document traitant des algorithmes de suivi et de traitement qui permet d'assurer une standardisation pour l'ensemble de l'équipe.

L'équipe est encouragée à se doter d'un comité de gestion du continuum de la clinique avec la participation d'un usager partenaire qui pourrait enrichir l'adaptation du service aux besoins des usagers.

Il a été constaté que l'équipe offre ses services aux usagers dans des espaces très restreints avec un corridor de circulation exigü et une salle d'attente restreinte avec souvent des usagers en fauteuil roulant. L'équipe est encouragée à revoir dans la mesure du possible l'organisation des locaux afin d'adapter les lieux aux besoins de la clientèle et de l'équipe.

Il a été possible de constater qu'il n'y a pas de plan d'intervention interdisciplinaire pour chaque usager. Dans le contexte où les usagers ont des objectifs de traitement et sont suivis par une équipe interdisciplinaire, l'équipe est fortement encouragée à produire un plan d'intervention interdisciplinaire avec l'apport de l'utilisateur.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie		
8.1.43	Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
8.1.44	Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
8.1.45	Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.	
8.1.47	Les progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'utilisateur, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.	
8.1.58	La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie

Une équipe de professionnels en soins palliatifs empreinte de compassion et de dignité auprès des usagers a été rencontrée.

Les familles rencontrées ont témoigné leur reconnaissance et leur appréciation du soutien et de la qualité des soins offerts à leur proche par l'équipe de soins palliatifs. Les visiteurs ont pu en être témoins lors des échanges auprès d'une famille dont le proche était à une fin de vie imminente.

L'unité de soins palliatifs a profité d'un don important permettant de mettre à niveau l'unité avec les commodités pour les usagers et leur proche. Il a été possible de constater les travaux effectués, un coup de chapeau pour cette réalisation.

La qualité du guide d'accueil remis aux usagers lors de l'admission sur l'unité est à souligner.

L'équipe ne comporte pas de travailleuse sociale attirée, la situation de rareté de ressources dans ce contexte est connue. L'équipe est encouragée à trouver des pistes de solutions afin qu'une ressource puisse participer aux rencontres d'équipe interdisciplinaire et développer l'expertise en soins palliatifs.

Une infirmière praticienne devrait se joindre à l'équipe de soins palliatifs en décembre. Ce sera une belle occasion grâce à son expertise de développer le volet ambulatoire des soins palliatifs.

Lors de la visite, il a été constaté qu'il n'y a pas de plan d'intervention interdisciplinaire réalisé pour les usagers en soins palliatifs. L'équipe a mentionné que très peu d'usagers bénéficient du plan d'intervention interdisciplinaire, la durée de séjour étant courte en soins palliatifs. Par ailleurs, l'équipe est encouragée à s'assurer de réaliser des plans d'interventions interdisciplinaires lors de l'admission en collaboration avec les usagers et leurs proches.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux

Les équipes des différents plateaux techniques détiennent des expertises remarquables et en sont de toute évidence très fières. L'engagement envers l'excellence est notoire et la reconnaissance extérieure alimente les efforts de tous. Dans plusieurs domaines, les services offerts sont non seulement exemplaires, mais contribuent à la définition des meilleures pratiques. Plusieurs médecins et membres du personnel faisant partie des organismes nationaux et internationaux de qualité dans leurs secteurs assurent la mise en œuvre de ces pratiques dans le milieu. À ce propos, la rigueur d'application des règles de chirurgie sécuritaire au bloc opératoire par l'infirmière-chef est notable.

Dans le cas des services d'hémodynamie et d'électrophysiologie d'intervention, les équipes peuvent compter sur des installations parfaitement adaptées, modernes et efficaces. Le bloc opératoire est en renouvellement de ses salles et rehaussement des équipements. Il est remarquable que les travaux aient pu se réaliser avec un minimum de conséquence sur le volume chirurgical.

Le centre d'endoscopie digestive et respiratoire compte sur des salles bien adaptées et a des projets de rénovations. Cependant, la localisation du centre de recouvrement post-examen endoscopique est peu avantageuse, les usagers devant être déplacés dans un corridor public sur une assez longue distance.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	
10.1.15 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
10.1.19 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
10.1.20 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
10.1.30 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.	!
10.1.34 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
<p>10.1.42 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>10.1.42.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>10.1.42.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>10.1.42.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p> <p>10.1.42.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <p>utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires

Les services ambulatoires sont exceptionnellement bien alignés avec les principaux programmes chirurgicaux et médicaux de l'Institut. Le flot des usagers y débute et se déroule naturellement. De ce fait, les équipes ont peu ressenti le besoin de formaliser les processus de transfert d'informations aux points de transition. Un souci plus grand à ce propos pourrait faciliter l'évaluation de la performance de la transition, assurer la continuité de l'information quand les délais s'étirent et préparer le transfert d'information à l'utilisateur et aux autres partenaires de soins externes.

Les membres des équipes comptent sur leur expérience et leur expertise exceptionnelles dans un domaine très spécialisé pour guider leurs réflexions éthiques. Celles-ci sont fréquentes et riches. Cependant, ils ne perçoivent pas l'apport des outils et soutiens éthiques issus du comité d'éthique institutionnel. Pour cette raison, ils ne sont pas enclins à y recourir.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	
11.1.21 Dans le cas de la médecine nucléaire, l'équipe désigne des salles d'attente distinctes pour séparer les usagers qui ont reçu une injection avec des substances radioactives des autres usagers.	!
11.1.40 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
11.1.41 L'équipe informe les prestataires de services d'imagerie diagnostique au sujet des changements apportés au manuel de politiques et de procédures ainsi que des nouvelles procédures instaurées.	
11.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.	
11.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.	
11.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.	
11.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.	
11.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'usager le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.	
11.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'usager avant son administration.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire

Lors de la visite, il a été possible de constater des corridors qui sont encombrés. Les patients en attente d'examen en ambulatoire et sur civière devraient tous être sur le même côté du corridor afin d'assurer une circulation sécuritaire dans les corridors.

Dans le cadre du programme de prévention des chutes, il faut souligner la réalisation d'une vidéo par l'équipe d'imagerie médicale qui s'adresse au personnel des unités de soins afin d'assurer une meilleure compréhension des déplacements sécuritaires que l'usager aura à réaliser lors de son examen. Le personnel de l'étage a une meilleure compréhension de l'examen et peut donc identifier le meilleur moyen de transport pour l'usager.

Il a été constaté, dans l'ère de préparation des patients en résonance magnétique, un entreposage de jaquettes, serviettes et matériel pour injection sur le comptoir à proximité d'un lavabo exposant ce matériel à des gouttelettes lors du lavage des mains; ces éléments doivent être entreposés à distance du lavabo.

Les usagers rencontrés ont émis de très bons commentaires sur la qualité des services, le professionnalisme du personnel.

Il a été possible de constater auprès de l'équipe de médecine nucléaire le niveau de vétusté du laboratoire chaud de préparation des isotopes. Il y a un projet de rénovation et d'agrandissement du laboratoire afin de le rendre conforme aux normes, l'équipe est encouragée à poursuivre ses démarches pour assurer la réalisation de ce projet.

Il faut souligner la pratique que le service d'imagerie a développée avec les équipes soignantes pour le déploiement des toiles bleues permettant l'amélioration de l'insertion du détecteur lors des examens de radiologie au chevet, en réduisant les inconforts pour l'utilisateur et les risques de blessures pour le personnel.

Le dernier processus de consultation auprès des usagers pour identifier des pistes d'améliorations s'est tenu en 2019. La période de pandémie n'a pas permis d'assurer la réalisation annuelle de ces sondages, l'équipe est encouragée à s'assurer d'instaurer annuellement ce processus dans un contexte d'amélioration continue des services.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 14 - Services de transplantation	
<p>14.1.6 Il existe des procédures d'opérations normalisées (PON) sur les qualifications et les responsabilités des membres de l'équipe; le processus d'évaluation des receveurs; les protocoles de soins aux usagers; les méthodes et médicaments immunosuppresseurs; les procédures de prévention des infections; la gestion des listes d'attente, y compris les personnes autorisées à apporter des changements à la liste d'attente, les algorithmes sur l'attribution, la tenue des dossiers des receveurs, les procédures de consentement, les personnes pouvant agir comme remplaçants désignés du directeur médical du programme de transplantation; la distribution exceptionnelle, et les événements préjudiciables et les rappels.</p>	
<p>14.1.7 La formation qu'a reçue l'équipe de transplantation sur la procédure d'opération normalisée (PON) est documentée par écrit.</p>	
<p>14.1.76 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>14.1.76.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>14.1.76.2 Des outils pour la documentation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>14.1.76.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.</p> <p>14.1.76.4 L'information partagée aux points de transition des soins est documentée.</p>	<p style="text-align: center;"> POR</p>

14.1.76.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:

utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;

demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

14.1.80 Il existe un processus standardisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.



14.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 14 - Services de transplantation

L'équipe multidisciplinaire qui offre des services aux usagers au programme de transplantation est riche en expérience et expertise. La stabilité du personnel dans le secteur est gage de satisfaction. Les membres de l'équipe sont fiers d'affirmer que l'accessibilité offerte aux usagers pour obtenir leurs services est leur priorité ultime et il n'est pas exagéré de dire qu'ils excellent dans le domaine. Les suivis systématiques de la clientèle sont effectivement bien structurés et il n'y a aucune liste d'attente. L'équipe répond à 100 pour cent des besoins. Les suivis systématiques sont collés aux données probantes et les résultats sont au rendez-vous. Un meilleur pronostic de vie, sevrage des cœurs mécaniques pour 14 pour cent de la clientèle porteuse sont quelques exemples de résultats.

En plus de l'accessibilité aux services, l'équipe est fière de la qualité de sa relation avec la clientèle. À juste titre, une usagère témoigne de son sentiment d'être en sécurité, considérée et bien prise en charge. Elle dit: « La confiance et la considération que l'équipe m'a témoignées tout au long du processus m'ont fourni la motivation et le désir de récupérer. » Elle confirme que l'équipe est accessible et qu'elle n'est jamais laissée à elle-même. Elle dit savoir qui appeler si elle a des préoccupations.

L'équipe compte une pharmacienne dédiée à temps complet qui assure le suivi des usagers sur toute leur trajectoire, incluant les hospitalisations le cas échéant. Ceci contribue grandement à une pratique

sécuritaire en lien avec tout le processus de médication. La clientèle des greffés doit prendre beaucoup de médicaments spécifiques à sa condition et la compréhension des usagers est essentielle pour assurer une prise sécuritaire. Les membres de l'équipe s'assurent d'échanger régulièrement sur les enjeux rencontrés et utilisent des mécanismes de résolution de problèmes de manière hâtive afin d'assurer l'amélioration continue de ses processus.

L'équipe fait face à quelques défis en lien avec les espaces physiques qui sont restreints et un peu désuets. L'établissement est encouragé à développer un plan de modernisation pour le secteur. L'informatisation partielle des dossiers amène aussi des enjeux. Il y a du dédoublement de tâches en lien avec l'entrée de données et informations que le personnel doit imprimer et ensuite déposer au dossier papier. L'équipe a intérêt à analyser la situation et éliminer le plus possible certaines étapes inutiles. Il faut mentionner entre autres le formulaire d'enseignement aux usagers.

L'équipe a aussi intérêt à formaliser certains de ses processus ou se calquer à la formalisation des processus organisationnels le cas échéant. Le plan d'intervention interdisciplinaire est un bon exemple.

Finalement, l'équipe est invitée à entamer un processus de révision de sa documentation. En effet, certains documents comme les procédures opératoires normalisées (PON) datent de plusieurs années. L'équipe est encouragée à réviser sa documentation en s'assurant d'y inclure les bonnes pratiques à jour.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	
15.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	

L'équipe formée d'inhalothérapeutes et d'infirmières répond à des demandes de service provenant de différentes sources, ainsi le processus d'accès et d'évaluation et celui de la transmission des informations pertinentes sont exemplaires. L'ensemble des services suit un processus fortement normalisé, mais leur livraison est empreinte d'humanisme et de sollicitude. Les membres de l'équipe démontrent tout particulièrement une grande adaptabilité aux circonstances changeantes du milieu naturel des usagers et un fort soutien mutuel.

L'équipe partage un ensemble de principes clairs qui guident leurs actions dans les interventions au domicile des patients, celui de la sécurité des patients étant prédominant. En cas de dilemme, les intervenants peuvent compter sur l'appui des cadres et de différents forums regroupant des services similaires ou associés.

La question de la sécurité des intervenants demeure une préoccupation constante, mais n'a fait l'objet d'une formation structurée qu'une fois au cours de la dernière décennie; les nouveaux membres de l'équipe n'y ont pas eu accès. La répétition de cette formation ou un accompagnement individualisé reposent sur les compétences issues de cette formation.

L'expérience des usagers n'a pas encore été incluse à l'évaluation de la qualité des services, ce qui devrait être envisagé.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur

L'Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ-UL) a mis en place une structure de suivi du cheminement des usagers extrêmement rigoureuse et efficace. Plusieurs rencontres impliquant tous les paliers de gestion se tiennent quotidiennement, ce qui permet à l'établissement d'analyser ses risques et de répondre en temps opportun à des enjeux pouvant être identifiés. Les résultats sont d'ailleurs au rendez-vous, car il est constaté que les durées moyennes de séjour sont inférieures à la moyenne dans la majorité des secteurs.

Parmi les éléments positifs et innovateurs, il faut nommer le développement et l'implantation de tableaux de bord locaux qui fournissent une vue d'ensemble rapide et simple, ce qui favorise un suivi rapide par tous les acteurs impliqués dans le processus.

L'IUCPQ-UL a aussi établi un partenariat avec son partenaire le CIUSSS de la Capitale-Nationale qui alloue deux ressources, 7 jours par semaine sur le quart de jour à l'Urgence. Une infirmière de liaison et une travailleuse sociale sont affectées à l'évaluation rapide des usagers pour lesquels un congé est prévu ou confirmé et facilitent les transferts de ces usagers vers la bonne ressource, souvent à l'intérieur du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Les chefs d'orchestre du cheminement des usagers ont raison d'être fiers de leurs réalisations.

Le seul élément en lien avec l'amélioration continue qu'il est possible de suggérer est de s'assurer d'inclure l'apport des usagers dans les exercices de révision des processus à venir.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des manuels d'évaluation, puis des chapitres.

Ensemble de normes : Télésanté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Télésanté	

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

Commentaires des visiteurs

Processus prioritaire : Télésanté

La période de pandémie a permis à l'équipe de développer considérablement la télésanté. L'équipe a réussi à mettre en place tous les processus et critères nécessaires dans plusieurs secteurs d'activités.

Il faut souligner les travaux effectués, le soutien donné aux professionnels de santé et le processus de prise de rendez-vous et d'accompagnement de l'utilisateur par l'équipe.

Plus spécifiquement, il faut souligner tout le processus de soutien qui est offert aux usagers lors des premières séances de télésanté. Tout est mis en œuvre afin d'éliminer les enjeux technologiques. Des essais sont réalisés avant le premier rendez-vous avec le clinicien. C'est une excellente pratique qui pourrait être citée à d'autres établissements.

Le défi sera de poursuivre le déploiement et le développement de la télésanté en période post-pandémique lors du retour à la normalité. Les cliniciens et les usagers trouvent pertinente la télésanté dans plusieurs situations cliniques. L'offre de service supra-régionale de l'institut positionne aussi la télésanté comme un mode d'intervention efficace et pertinent pour la clientèle en région.

Une culture de changement est à implanter afin de poursuivre le déploiement de la télésanté. La pénurie de locaux, de ressources humaines, la difficulté de déplacement pour certains usagers, certaines conditions cliniques sont des leviers à exploiter.

Il a été constaté que l'équipe a mis en place une structure d'organisation efficace.

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 des Établissements du réseau public du Québec.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les Établissements remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à des visites 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 30 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 Établissements 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 cinq 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.