



**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 : 25 au 28 novembre 2018

Date de production du rapport : 15 janvier 2019

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 2018. 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 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 gestionnaire de programme.

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

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
Résultats détaillés de la visite	10
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	11
Processus prioritaire : Gouvernance	11
Processus prioritaire : Planification et conception des services	13
Processus prioritaire : Gestion des ressources	14
Processus prioritaire : Capital humain	15
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	17
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	18
Processus prioritaire : Communication	19
Processus prioritaire : Environnement physique	21
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	22
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	24
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	25
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	27
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	27
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	29
Résultats des outils d'évaluation	31
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	31
Annexe A - Programme Qmentum	35
Annexe B - Processus prioritaires	36

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 notamment les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels pour les usagers.

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 novembre 2018**

- **Emplacement**

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

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

Gestion des médicaments

Gouvernance

Leadership

Prévention et contrôle des infections

Normes sur l'excellence des services

Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

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

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.)	25	0	0	25
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	12	0	0	12
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	177	3	6	186
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	57	0	3	60
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	27	0	1	28
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	1	0	1	2
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	245	3	4	252
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	25	0	2	27
Total	569	6	17	592

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	47 (97,9%)	1 (2,1%)	2	30 (96,8%)	1 (3,2%)	5	77 (97,5%)	2 (2,5%)	7
Leadership	49 (100,0%)	0 (0,0%)	1	92 (100,0%)	0 (0,0%)	4	141 (100,0%)	0 (0,0%)	5
Prévention et contrôle des infections	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	30 (100,0%)	0 (0,0%)	1	70 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Gestion des médicaments	78 (100,0%)	0 (0,0%)	0	64 (100,0%)	0 (0,0%)	0	142 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	83 (97,6%)	2 (2,4%)	3	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	121 (96,8%)	4 (3,2%)	3
Total	297 (99,0%)	3 (1,0%)	6	254 (98,8%)	3 (1,2%)	10	551 (98,9%)	6 (1,1%)	16

* 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
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgence des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (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
But en matière de sécurité des patients : Communication			
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
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
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
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
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
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
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 patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	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.

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval fait preuve d'un engagement et d'une détermination marquée à l'égard de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services dispensés à la clientèle qu'il dessert. Les usagers reconnaissent d'ailleurs l'excellence des soins dispensés et n'ont que de bons mots à l'égard du personnel et des médecins.

Les membres du conseil d'administration émettent des orientations claires pour assurer la réalisation de la mission de l'établissement et font preuve d'un souci constant envers l'atteinte de résultats concrets dans l'offre de service de l'Institut. L'accessibilité, la qualité et la sécurité dans la dispensation des soins et services sont des critères incontournables dans la prise de décision du conseil d'administration. Pour eux, les employés et les médecins de l'établissement sont des partenaires à part entière et de premier plan dans la mise en œuvre des services offerts.

L'approche centrée sur les usagers et leur famille est une priorité organisationnelle adoptée par le conseil d'administration et est actuellement en déploiement. Un Bureau du partenariat avec l'utilisateur et ses proches vient de voir le jour et est sous la responsabilité d'un usager-ressource. Des usagers-partenaires ont participé à plusieurs démarches d'amélioration des soins et services.

Ayant une mission de soins spécialisés et surspécialisés en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie bariatrique pour un très grand territoire, l'Institut a développé de nombreux partenariats pour assurer la complémentarité de services et le maintien de l'accessibilité. Il y a une volonté commune d'agir sur les facteurs qui ont un impact positif sur les clientèles. Les partenaires institutionnels se disent très satisfaits de l'excellente collaboration des équipes des différents programmes de l'Institut et ce, à tous les niveaux. Ils perçoivent beaucoup d'ouverture et un intérêt dans la mise en place et l'arrimage de services ou de ressources complémentaires et ce, pour le bien-être de la clientèle.

L'établissement vient de compléter un exercice d'élaboration d'un plan clinique qui lui a permis d'identifier les défis et enjeux auxquels il doit répondre dans les prochaines années. Cet exercice a été réalisé de concert avec l'implication d'usagers, d'intervenants de l'organisation et de partenaires. Le conseil d'administration a également adopté les priorités organisationnelles 2018-2020 qui sont en cohérence avec les orientations ministérielles 2015-2020.

L'équipe de direction fait preuve d'un fort leadership dans la planification et la mise en œuvre des orientations et de la programmation de l'Institut. Elle met en place des mesures structurantes, garantes de l'atteinte des résultats escomptés. Elle démontre un souci constant face à la qualité des services et à la sécurité de la clientèle. Elle a adopté un nouveau système de gestion qui favorise l'implication et la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'établissement. Les cadres font également preuve de dynamisme et ont le souci d'améliorer leurs processus de services en impliquant les intervenants de leurs secteurs d'activités.

Sur le plan de la main-d'œuvre, l'Institut est soucieux de créer un environnement de travail où on a le souci des personnes. L'établissement est d'ailleurs certifié comme Entreprise en santé – niveau Élite. Toutefois, il doit faire face à une rareté de main-d'œuvre notamment dans les secteurs critiques.

Les soins et services sont dispensés dans des installations bien entretenues mais qui ont un niveau de vétusté important. Un plan directeur a d'ailleurs été élaboré et est en lien avec le plan clinique de l'Institut.

Le dynamisme constaté au moment de la visite et la qualité des projets en cours démontrent la volonté de l'établissement à poursuivre l'amélioration continue des services et à accroître sa préoccupation pour la sécurité des personnes et l'accessibilité aux services de l'Institut. Nous encourageons l'établissement à poursuivre sur cette lancée.

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.

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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Gouvernance	
1.5 Il existe un processus pour élaborer les règlements et les politiques du conseil d'administration et pour les mettre à jour régulièrement.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
<p>Le conseil d'administration démontre un grand souci d'offrir des soins et services de qualité, accessibles et adaptés aux besoins spécifiques de leur clientèle. Il a adopté comme priorité organisationnelle le déploiement de l'approche centrée sur les usagers et leur famille. Les membres du conseil ont d'ailleurs récemment reçu une formation à cet égard. Un plan de déploiement a été élaboré par la direction et le suivi de cette priorité est assuré à chaque rencontre du conseil.</p> <p>Les activités d'amélioration continue et de gestion des risques de l'établissement font l'objet de suivis rigoureux par le comité de vigilance et de la qualité ainsi que par l'ensemble des membres du conseil d'administration. Des rapports trimestriels traitant de la sécurité des patients y sont déposés. Soucieux d'assurer un accès équitable à l'ensemble de la population desservie, le conseil d'administration a également mis en place un comité sur l'accès aux services.</p> <p>Le conseil d'administration reconnaît l'importance de ses ressources humaines et des partenaires médicaux dans la réalisation de la mission surspécialisée de l'établissement. À ce titre, des indicateurs-clés sur la main-d'œuvre sont suivis rigoureusement et la démarche d'octroi et de renouvellement des privilèges des médecins a été revue.</p> <p>Les administrateurs sont imprégnés du rôle attendu et des responsabilités qui leur incombent.</p>	

L'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et services ainsi que les valeurs de l'organisation guident leur prise de décision. De plus, au niveau de l'allocation des ressources, des activités d'étalonnage des performances alimentent leur réflexion et les guident dans leurs décisions. Les membres se soucient également des impacts de leurs décisions sur la qualité de vie au travail des employés et médecins.

Des partenariats ont été tissés avec les deux autres établissements de santé et de services sociaux du territoire et à ce titre, une commission des présidents des conseils d'administration et des présidents-directeurs généraux des établissements a été mise en place afin de favoriser une réflexion partagée sur des points d'intérêt commun et de complémentarité de services.

Le conseil a systématisé une démarche d'évaluation de son rendement et de la contribution de ses membres sur un cycle triennal.

Les membres soulignent l'excellence de la documentation préparée par la direction de l'établissement et la très grande disponibilité des directeurs et personnes-ressources lorsqu'ils les sollicitent ou leurs expriment des améliorations souhaitées.

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'établissement a établi des priorités organisationnelles 2018-2020 adoptées par le conseil d'administration. Ces priorités tiennent compte du plan stratégique ministériel 2015-2020 et de la mission de soins spécialisés et surspécialisés qui est confiée à l'Institut. Ces priorités ont été partagées avec les cadres qui ont reconnu la pertinence des choix de priorités. La revue de ces priorités, animée par le président-directeur général lors du pilotage stratégique, est réalisée aux six semaines en présence des directeurs, directeurs adjoints et adjoints. Elles font également l'objet d'un suivi à chaque rencontre du conseil d'administration.

Un plan clinique a été élaboré avec la participation d'intervenants et de membres du conseil d'administration de l'Institut, d'utilisateurs-partenaires et de partenaires externes. La mise en place et l'arrimage de services ou de ressources complémentaires se fait dans un esprit de concertation et de collaboration avec les partenaires institutionnels du vaste territoire desservi. On dénote une mobilisation commune pour agir sur les facteurs qui ont un impact positif sur la trajectoire des clientèles. Notons à titre d'exemple, les travaux réalisés conjointement avec le CIUSSS de la Capitale Nationale pour mettre en place des mesures structurantes afin de diminuer le nombre d'utilisateurs qui occupent un lit en soins spécialisés et surspécialisés et qui requièrent un niveau de soins alternatifs. Les partenaires soulignent la grande écoute et la collaboration des intervenants de l'Institut à tous les niveaux.

Ayant une expertise de pointe au niveau de la prise en charge de la clientèle atteinte d'un cancer pulmonaire, l'établissement s'est vu confier un mandat ministériel concernant la consolidation du réseau de cancérologie pulmonaire pour l'est du Québec et le nord du Nouveau-Brunswick. Comme coordonnateur du réseau, l'Institut a développé des partenariats significatifs avec l'ensemble des établissements impliqués dans cette trajectoire de services. C'est donc de concert avec eux et avec l'implication de l'équipe de soins de l'Institut que l'établissement a élaboré des outils de soins communs ainsi que des algorithmes qui tiennent compte de la hiérarchisation des soins et services et du rôle de chacun dans la trajectoire de services. De la formation et du soutien ont également été offerts aux partenaires de ce réseau et des indicateurs de résultats font l'objet d'un suivi rigoureux. Un comité régional en cancérologie composé d'utilisateurs atteints de cancer ou de leurs proches a été mis en place.

Les commentaires recueillis auprès d'un partenaire du réseau et d'un usager reflètent un haut niveau de satisfaction à l'égard de l'Institut. La Direction générale de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux leur a d'ailleurs décerné en novembre 2018 un prix d'excellence concernant la mise en place du réseau de cancérologie pulmonaire et elle veut exporter cette expérience dans d'autres régions du Québec. Quant à l'Institut, il souhaite mettre en place cette approche pour les deux autres trajectoires de clientèles dont elle détient une expertise soit en chirurgie cardiaque et en chirurgie bariatrique.

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)

Une grande rigueur dans le processus de planification et de suivi budgétaire à tous les niveaux hiérarchiques permet à l'organisation de respecter l'équilibre budgétaire malgré les nombreux besoins en constante croissance. Des attentes ministérielles pour augmenter les volumes d'activités ont été signifiées à l'établissement et des discussions sont en cours avec le MSSS pour ajuster les ressources requises.

En matière de planification, d'analyse et de suivi budgétaire, les cadres sont soutenus par des conseillers de la Direction des ressources financières et de la logistique qui sont soucieux de développer une approche personnalisée centrée sur le développement des compétences des cadres. Des rencontres statutaires ont lieu à chaque fin de période budgétaire avec chacun des cadres. Le comité de direction assure le suivi de la situation budgétaire de l'établissement et un rapport est également présenté au conseil d'administration.

L'allocation des ressources est faite en tenant compte des priorités organisationnelles et des besoins d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les services clients sont impliqués dans la définition des besoins et l'évaluation des propositions d'acquisition d'équipement. Les projets de réaménagement et de développement immobiliers sont également planifiés avec l'implication des services utilisateurs. Compte tenu des nombreux besoins et des ressources limitées, les projets retenus sont en étroite relation avec les priorités organisationnelles et tiennent compte du niveau de risque inhérent à chaque projet.

Un processus de gestion intégrée des risques est en place au niveau des infrastructures, projets de construction, installations matérielles, télécommunications, génie biomédical ainsi qu'au niveau des approvisionnements. L'établissement est encouragé à poursuivre sa démarche de révision de la gestion intégrée des risques au niveau des ressources financières et de la logistique.

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'organisme a vu ses efforts récompensés en obtenant la distinction « Entreprise en santé Élite ». Cette reconnaissance témoigne que l'établissement a déployé des stratégies pour offrir à son personnel un milieu de travail digne des meilleures pratiques de gestion en valorisant la création d'environnements favorables pour l'adoption de saines habitudes de vie, en introduisant des mécanismes de communication soutenus avec l'introduction des caucus hebdomadaires avec les stations visuelles au sein des équipes et en mettant tous les moyens en oeuvre pour faciliter la conciliation travail-vie personnelle / famille.

L'équipe de la Direction des ressources humaines est soucieuse de développer les compétences de leurs gestionnaires afin de mieux les outiller à affronter les défis de gestion dans un contexte de rareté importante des ressources, d'accroissement des volumes d'activités et d'intensification des soins et des services. Dans le cadre de cette initiative pour développer les compétences, un projet de recherche sera réalisé en partenariat avec l'Université pour évaluer l'efficacité de cette approche.

Les différents projets sont réalisés dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la performance en optimisant l'utilisation des ressources en s'appuyant sur les résultats des indicateurs définis. Ainsi, on souhaite tout mettre en oeuvre pour réduire les taux d'absentéisme en effectuant une analyse approfondie des causes pour mieux accompagner les équipes. La Direction a reçu une subvention du MSSS pour réaliser un projet très porteur qui débutera aux 3^{ème} soins intensifs en chirurgie cardiaque avec la collaboration d'une ergothérapeute. Ce projet permettra aux équipes d'être accompagnées sur le terrain dans l'exécution de leurs déplacements sécuritaires des patients afin de réduire les risques de blessures chez les membres de l'équipe soignante.

Un tel projet s'inscrit dans le cadre d'une vaste planification de la main-d'oeuvre qui a nécessité au préalable toute une analyse pour en extraire un certain nombre de constats notamment dans les environnements de soins critiques. Des fiches de projets A3 ont été élaborées pour obtenir un juste portrait de la situation et planifier un plan d'action avec des indicateurs de suivi très précis. C'est un exercice très important qui a conduit à la réalisation de plusieurs stratégies notamment « la Journée Porte Ouverte », la mise en place des projets Lean et des caucus ainsi que toute la stratégie pour contrer la violence et améliorer le climat de travail.

L'organisme est soucieux d'orienter ces interventions davantage vers la «Prévention» afin de réduire les risques d'accroître le nombre d'évènements qui touche le personnel soignant.

D'autre part, l'équipe de la DRH collabore avec 12 établissements dont 3 universités à un projet de recherche entourant l'appréciation de la contribution du rendement. Il s'agit encore d'une très belle

initiative qui se veut novatrice pour développer un nouveau modèle, améliorer les pratiques de gestion et mieux accompagner les équipes dans une perspective de reconnaissance.

L'engagement et la fierté des équipes sont à souligner même face aux défis qui demeurent considérables dans un contexte de rareté des ressources. L'équipe est encouragée à poursuivre le suivi de l'ensemble de leurs projets d'amélioration continue lors de leur caucus en salle de pilotage tactique. Aussi, à soutenir l'actualisation du plan de main d'oeuvre en soins critiques ainsi que la poursuite du développement des compétences des gestionnaires.

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 qualité des soins et services, la sécurité de la clientèle et l'amélioration continue sont omniprésents dans la prise de décision à tous les niveaux de l'organisation ainsi que dans la dispensation des soins et services.

L'établissement s'est engagé depuis quelques années dans l'implantation d'un nouveau modèle de gestion qui soutient l'amélioration continue des processus. Ce modèle de gestion a favorisé la mise en place de stations visuelles stratégique, tactiques et opérationnelles. L'animation de ces stations est faite lors de la tenue de caucus.

Un caucus qualité/sécurité auquel participent les cadres est animé aux deux semaines par la Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique et ce, depuis deux ans. Cette initiative mérite d'être soulignée. Cette formule interactive se veut un forum d'échanges avec les cadres dans la recherche de propositions pour améliorer la qualité des soins et services et la sécurité de la clientèle.

Les processus de déclaration des incidents/accidents et de divulgation sont en place. On note un niveau élevé de déclarations qui confirme la culture de sécurité que l'on observe. Un plan de sécurité des usagers a été adopté et des analyses prospectives sont réalisées. L'implantation d'une gestion intégrée des risques est bien enlignée et les cadres s'approprient graduellement cette approche à travers leurs projets. Les risques sont suivis lors du caucus du comité de direction et ce modèle sera décliné dans les caucus tactiques et opérationnels.

Un sondage sur l'expérience des usagers a été réalisé et les résultats dénotent un haut taux de satisfaction.

Le comité des usagers contribue activement à la promotion et à la défense des droits des usagers. Il se fixe des objectifs annuellement et le comité est actif dans le recueil des commentaires de la clientèle. Les usagers apprécient la rapidité avec laquelle on les contacte pour donner suite à leurs commentaires.

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services souligne la belle collaboration des parties prenantes de l'organisation dans le suivi des insatisfactions et des plaintes de la clientèle. Ses interventions s'inscrivent dans une vision d'amélioration des soins et services. Elles sont complémentaires aux efforts que tous les membres de l'organisation investissent dans l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité de la clientèle.

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'organisme a mis en place une structure de gouverne en éthique depuis 2012. À cet égard, l'établissement a créé un comité d'éthique clinique et il a défini les principes directeurs à l'intérieur d'un cadre conceptuel en éthique.

Une grille d'évaluation a été élaborée pour soutenir la réflexion en comité lorsqu'un dilemme est soulevé. De plus, un cadre éthique a été élaboré et il s'appuie sur un code de conduite qui définit les comportements attendus.

Un expert conseil en services juridiques est membre du comité d'éthique clinique. Le comité se réunit environ 4 fois par année. À l'occasion, les membres sont invités à réaliser des études de cas à partir de situations concrètes qui soulèvent des enjeux ou des dilemmes éthiques.

Le réseau de la santé est en mutation depuis les dernières années avec l'émergence d'un nouveau mode de gouvernance associé à une transformation majeure qui soulève des enjeux cliniques et éthiques notamment en lien avec la rareté des ressources, l'accroissement des volumes d'activités, le développement des troubles neuro-cognitifs, la complexité des soins, l'adoption de la Loi sur l'aide médicale à mourir, la maltraitance chez les usagers, etc.

Par conséquent, l'organisme a amorcé une réflexion pour redéfinir la gouverne de l'éthique en fonction de la nouvelle réalité et des nouveaux enjeux. Les principales responsabilités sont définies afin de mieux assurer le développement d'une culture de l'éthique et une gestion de proximité pour mieux soutenir les équipes en lien avec l'approche des soins centrés sur l'usager et sa famille. L'intégration des représentants de la recherche clinique au sein du comité d'éthique clinique s'inscrit en cohérence avec les nombreux projets réalisés en partenariat avec les différents secteurs.

L'organisme est encouragé à poursuivre sa démarche de réflexion afin de définir les contours d'une approche éthique de proximité dans une perspective de soins centrés sur l'usager et sa famille afin que les équipes puissent s'approprier ses concepts dans la gestion des dilemmes éthiques au cœur de la prestation des soins.

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)

Le déploiement des Stratégies de communication intégrées et de cybervigilance au coeur d'un évènement d'envergure comme le G7 sont à souligner, car l'ampleur de cet évènement fut considérable et les équipes se sont mobilisées rapidement pour élaborer un plan de communication spécifique pour les secteurs les plus à risque.

La Direction est soucieuse de mettre en place des stratégies de communication pour soutenir le rayonnement de l'organisation notamment auprès de ses partenaires dans la communauté en santé, mais aussi auprès des communautés scientifiques et d'affaires.

Pour les différents publics cibles internes et externes, la Direction a un plan de communication spécifique à chacun afin d'adapter le message pour chaque type d'acteurs dans le milieu ou à l'extérieur et ainsi mieux orienter les actions.

L'introduction des médias sociaux dans la stratégie des communications constitue un levier important pour soutenir un dialogue avec la population, notamment dans le cadre de la vulgarisation de contenus scientifiques, mais aussi pour faciliter le recrutement de nouveaux talents.

La création d'une communauté de pratique sur les communications entre les partenaires du réseau de la santé facilite le partage des savoirs et des outils de référence.

D'autres part, trois bulletins d'information sont publiés dans l'organisation pour assurer le suivi des communications soit «L'institut», L'Express de l'Institut et l'Info DSP qui s'adresse à la communauté Médicale.

La Direction a maintenant une salle de Pilotage tactique qu'elle utilise pour faire des caucus avec ces équipes. La gestion des risques fait partie des suivis inscrits à toutes les semaines. Cette préoccupation est très importante et elle permet d'établir un niveau de risque et de criticité dans l'organisation. Cette approche facilite la priorisation des enjeux et la prise de décision en amont.

La gestion de crise constitue un élément important pour les communications, mais la Direction réagit promptement face à une situation à risque d'une grande ampleur, notamment lors de la contrainte thermique en juin 2017 dans plusieurs secteurs. La situation a été prise en main afin de réaliser un plan de communication et une cartographie des secteurs problématiques avec la collaboration de la direction des services techniques. Par la suite, un groupe de travail a été mis en place, puis une vigie s'est installée en continue pour éviter la récurrence.

Soulignons l'engagement des équipes qui se sont mobilisées pour souligner le Centenaire de l'Établissement. Ainsi, une programmation d'activités et de festivités a été réalisée ainsi qu'un plan de communication pour informer la communauté à l'interne et à l'extérieur.

Notons aussi que les services informationnels ont déployés des efforts considérables pour assurer un environnement sécurisé par l'introduction de nouveaux mécanismes permettant de réduire les risques en limitant les accès. L'utilisation d'un mécanisme d'authentification unique pour chaque employé à l'aide d'une puce dans une carte a permis d'améliorer la sécurité de façon importante pour l'accès des ordinateurs, des chariots à médicaments etc..

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'environnement physique dans certains secteurs amène certains défis pour l'ensemble des intervenants et la direction. Certains corridors sont encombrés entraînant un risque pour la sécurité des usagers. La disponibilité de chambres privées est limitée. Malgré la configuration des chambres, l'équipe fait des efforts remarquables en matière de prévention des infections qui se concrétisent par une quasi-absence d'éclosion d'infections nosocomiales. Les locaux sont propres et bien entretenus par l'équipe d'hygiène et salubrité.

Tous les besoins de base (électricité, eau, chauffage etc.) d'un bon fonctionnement d'un hôpital sont en redondance afin de s'assurer de la sécurité des usagers et des intervenants en cas de panne ou de bris. Lors de la planification des besoins en investissement immobilier, l'équipe a fait une réflexion pour répondre aux besoins pour au moins vingt ans. Tous les besoins font l'objet d'une priorisation à partir de critères définis par la direction et une analyse intégrée des risques en fait partie. Cependant, le jugement humain a toujours sa place dans le choix des priorités. Plusieurs projets d'amélioration des installations physiques sont en préparation et par défaut des besoins d'investissement sont requis. Les différents projets sont présentés au conseil d'administration pour obtenir l'approbation finale. Parmi les critères pour le conseil d'administration notons la qualité des soins, le bien-être des ressources humaines et l'impact sur les usagers. L'équipe doit faire face à un défi d'amélioration dans un contexte où la primauté est de donner les soins et services à la clientèle dans un contexte de développement des activités. L'équipe est en mode d'amélioration continue.

Différentes politiques et procédures sont en place dont celle portant sur les travaux de rénovation et de construction. Un suivi très serré est fait par l'équipe de prévention des infections et les services techniques pour s'assurer d'une vigie constante dès l'amorce de la fiche de projet. Les demandes de services techniques sont faites par un système informatique et une priorisation est effectuée. La plupart des travaux sont faits par une équipe de différents métiers. Des travaux d'entretien sont donnés à des firmes externes via un contrat de service. Des redditions de compte sont exigées par l'établissement.

Un système d'alarme est en place dans les cas où un bris pourrait survenir dans l'hôpital. À cet effet, plusieurs intervenants sont avisés afin de faire un suivi rapide de la situation.

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)

Soulignons que la Direction des services techniques a déployé des stratégies très intégrées pour soutenir à la fois le développement d'une approche d'amélioration continue avec l'utilisation de la salle de pilotage et le suivi de tous les projets d'amélioration de même que pour la gestion intégrée des risques .

Les efforts déployés sont considérables pour cartographier les risques, les analyser selon la grille de criticité pour ensuite les prioriser et en assurer le suivi avec des plans d'actions très détaillés. Cette démarche mérite d'être soulignée, car elle est entièrement complétée dans l'organisation ce qui permet d'adopter une approche intégrée dans l'évaluation des besoins pour le maintien ou le remplacement des actifs en sachant où se situent les zones de vulnérabilités.

En ce qui concerne les plans de mesures d'urgence, l'équipe s'est mobilisée rapidement pour répondre à la demande pour la préparation du G7 malgré les contraintes associées à une telle démarche. Cet exercice de mise sous tension a permis d'effectuer une revue et une mise à jour de l'ensemble des plans énoncés ci-dessous:

Plans de prévention et de réduction des situations d'urgence et des sinistres potentiels

1. Gestion des matières dangereuses

2. Inspection annuelle et essai des avertisseurs d'incendie

Système téléphonique

Inspection et essai alimentation de secours (Batteries dans divers lieu)

Inspection extincteurs et cabinets

Inspection des supports de cylindres

Inspection des salles mécaniques (septembre 2018)

Inspection ventilation

Inspection porte coupe-feu

3. Plans d'action :

PDMA

Télécom-GBM

Plan de continuité des affaires

4. Mécanismes de gestion

Comité des mesures d'urgence

5. Inventaire chariots de déversement Code Brun
6. Plan Manque d'eau (déclenchement de la procédure)
 - Plan panne électrique
 - Code Argent
 - Plan de relève diffuseur d'appel
 - Plan local de sécurité civile sociosanitaire de l'UCPQ
 - Plan communication G7
 - Plan DU unités de soins
7. Politique déchets à risque/ procédure code brun déversement matières dangereuses
 - Procédure relative aux communications
8. Plan de formation du plan des mesures d'urgence (printemps -automne 2018 et hiver 2018 et 2019)
 - Plan des mesures d'urgence
 - Code d'urgence
 - Décontamination d'urgence
 - Code orange
 - Plans no 6
9. Valise de garde
10. Exercice sentinelle et poste de commandement

Soulignons également l'acquisition d'une licence pour utiliser un système de communication permettant de rejoindre rapidement les gestionnaires en situation d'urgence. Cet outil est pertinent et très utile puisqu'il est conçu pour être utilisé en modale pouvant ainsi rejoindre des utilisateurs de cellulaire, de pagette, etc.

L'organisme est invité dans le cadre du plan des mesures d'urgence à formaliser leurs ententes par écrit avec les partenaires du réseau dans l'éventualité où il serait confronté à procéder au déclenchement du code vert pour l'évacuation complète des patients. Des lieux d'hébergement doivent être identifiés pour accueillir votre clientèle.

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Gouvernance	
10.5 Le conseil d'administration entend souvent des usagers et des familles parler de leurs incidents liés à la qualité et à la sécurité.	!

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

Le conseil d'administration et les gestionnaires de l'établissement sont fortement engagés dans le développement d'une culture de soins et services centrés sur l'utilisateur et sa famille. La direction a d'ailleurs recruté un usager-ressource qui a comme principal mandat la co-construction avec elle du Bureau du partenariat avec l'utilisateur et ses proches. Des documents structurants sont en cours d'élaboration pour la mise en place du Bureau (procédure concernant notamment le repérage et le recrutement d'un usager-ressource, entrevue de sélection, engagement à la confidentialité, accueil d'un usager-ressource dans une équipe, etc).

Des activités de promotion auprès de la communauté ainsi qu'auprès du personnel avec l'utilisateur-ressource et la direction ont eu lieu notamment lors de la semaine sur la sécurité. L'utilisateur-ressource a partagé son savoir expérientiel auprès des professionnels de l'établissement.

Des patients-partenaires sont impliqués dans différents processus et activités notamment dans l'élaboration du plan clinique et du plan directeur immobilier, la révision de trajectoires de services, le comité de gestion des risques, la révision de politiques touchant les usagers, des démarches d'amélioration continue (Kaizen) ainsi qu'au niveau de l'élaboration ou de la révision de documents d'information ou de formation destinés aux usagers.

Les patients-partenaires interrogés ainsi que le comité des usagers se disent écoutés par la direction de l'établissement et perçoivent que leur opinion est importante. Tous sont unanimes à reconnaître l'engagement de l'établissement à développer une culture de soins et de services centrés sur les besoins et attentes de l'utilisateur.

Processus prioritaire : Équipement et appareils 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
Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	
3.6 L'URDM est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
5.5 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe.	
7.3 L'organisme dispose de politiques et de procédures sur les dispositifs médicaux empruntés, partagés, consignés ou loués.	!
11.3 Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples comportent des aires de travail séparées pour les appareils propres et pour ceux qui sont contaminés ou sales, 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)	

Le génie biomédical fait un travail remarquable pour assurer le maintien des actifs du matériel. Un programme d'entretien préventif informatisé permet de répertorier tout le matériel médical et d'en faire le suivi. L'objectif du département est de répondre aux urgences tout en faisant un service de maintenance régulier et sécuritaire. Pour certains appareils, des contrats de services sont faits par des firmes externes. L'équipe fait la gestion des avis-alertes et s'assure que les parties prenantes soient informées. Tout le nouveau matériel médical transite par ce département pour qu'il puisse apparaître dans l'inventaire de l'hôpital. La traçabilité est possible. L'équipe fait preuve de rigueur, d'entraide et de compétence. Une belle synergie existe entre les membres de l'équipe. Le département répond aux normes canadiennes de normalisation. L'équipe fait également face à l'accessibilité aux équipements pour faire de la maintenance en raison des besoins cliniques. Un programme d'amélioration continue de la qualité est en place avec des objectifs et des indicateurs de suivi.

Le secteur de l'unité de retraitement des équipements médicaux est composé d'une équipe de travail dynamique. Différentes stratégies sont initiées pour favoriser l'attraction et le recrutement. L'équipe fait des efforts pour répondre aux besoins des différents services qu'elle dessert. Certains membres du personnel sont polyvalents dans les différents secteurs de l'URDM et de l'endoscopie. Le climat de travail est positif et une synergie d'équipe est présente. Le secteur de l'URDM est responsable de la gestion de la qualité en ce qui a trait aux procédures de retraitement pour l'ensemble de l'organisme. L'évaluation du personnel est faite et des objectifs d'amélioration sont formulés pour chaque employé.

Les différentes étapes de stérilisation du matériel sont conformes et les tests biologiques et chimiques sont faits selon les recommandations de l'organisme. Le personnel est habile à détecter les moindres saletés sur le matériel et applique les procédures requises. L'information est consignée et accessible en cas de problématiques et/ou les tests de stérilisation ne seraient pas valides. Les événements de non-conformité sont déclarés par le personnel. Une application informatique permet d'assurer une certaine traçabilité du matériel stérilisé.

Le programme d'orientation du personnel date de quelques années et ne répond à la réalité de 2018. Cependant, la feuille d'évaluation des apprentissages est disponible. Il est suggéré de réviser le programme d'orientation en lien avec les objectifs d'apprentissage. Le personnel est compétent et soucieux de la qualité des services offerts. Ils utilisent le matériel de protection individuelle selon les zones de travail. Tous les nouveaux embauchés ont reçu la formation accréditée en ce qui a trait aux procédures de stérilisation. De plus, l'équipe accueille des stagiaires ce qui facilite le recrutement du personnel.

À l'URDM, les locaux sont propres et les zones stériles sont séparées des zones souillées. Certaines améliorations ont eu lieu depuis la dernière visite d'agrément. Notons la réfection de la ventilation, mais le plancher n'a pas été refait. De plus, la salle de retraitement de l'endoscopie est problématique. On y retrouve le propre et le souillé dans la même pièce malgré les efforts du personnel pour éviter le croisement. De plus, la salle de ventilation pour les bronchoscopes est dans la même pièce que les procédures bronchoscopiques. L'équipe a produit une fiche de projet clinique pour regrouper tous les services de retraitement et d'endoscopie dans un même espace. L'équipe est encouragée à poursuivre les travaux de réflexion et de prioriser ce projet pour qu'ils répondent aux normes de qualité et de sécurité pour la clientèle et le volume d'activités accroissant. Il est possible de faire la traçabilité de l'utilisation du matériel endoscopique.

Le respect des différentes zones est rigoureux. Tout le matériel est emballé selon les normes et transporté dans des contenants fermés aux différents points de service. Les indicateurs sont apposés sur les différents plateaux.

Le programme d'amélioration de qualité est en place grâce à la nouvelle philosophie de gestion. Les stations visuelles permettent de faire un suivi des indicateurs et des projets d'amélioration. Les bons coups sont signalés et il est possible d'ajouter de nouveaux défis.

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 :

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.

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

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 : Gestion des médicaments

Soulignons le Leadership fort et collaboratif du chef de service de la pharmacie pour soutenir la mobilisation d'une équipe dédiée et engagée composée de pharmaciens et d'assistants techniques afin de mettre en place un système de gestion qui s'appuie sur des principes de performance et de standards d'excellence en matière de qualité des services.

Une démarche de réflexion a permis d'identifier des processus non performants ayant un impact sur l'offre de soins entraînant des délais où une réponse non adaptée dans la gestion sécuritaire des médicaments. Une démarche Kaizen fut lancée pour optimiser un certain nombre de processus en s'appuyant sur les meilleures pratiques. En collaboration avec l'équipe de pharmacie, l'offre de soins des services pharmaceutiques fut transformée en réalisant des projets LEAN. Des efforts considérables ont été déployés par tous les membres de l'équipe afin de mettre en place une offre renouvelée de soins de proximité, pour mieux répondre aux besoins des équipes clinico-médicales dans les différents secteurs de l'établissement incluant le centre de recherche. Cette initiative a permis de soutenir le déploiement des pharmaciens dans l'ensemble de l'établissement tout en revalorisant le rôle des assistants techniques par l'enrichissement de leurs tâches et la décentralisation de nouvelles responsabilités antérieurement exercées par les pharmaciens.

Par conséquent, on a vu apparaître au service de pharmacie et sur les unités de soins des stations visuelles opérationnelles en soutien au caucus hebdomadaire. Ceci est utile pour faciliter le partage d'information sur différents enjeux et la résolution de problèmes dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.

Considérant que les pharmaciens sont des professionnels très estimés dans l'établissement auprès des équipes cliniques et médicales, ils sont invités à y participer dans un mode interdisciplinaire. Leur expertise est reconnue et très précieuse pour soutenir les équipes de soins tout au long de la trajectoire du patient. Des indicateurs sont identifiés et suivis également. De nombreux audits ont été réalisés dans les deux dernières années démontrant le souci d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place et l'atteinte des objectifs et des cibles définies. Par conséquent, la création d'une culture de la mesure contribue à donner du sens à l'ensemble de leur démarche d'amélioration continue.

En collaboration avec les assistants techniques, les infirmières et les médecins, les pharmaciens exercent leurs rôles en participant à la réalisation du bilan comparatif. L'ensemble des secteurs cliniques hospitaliers et ambulatoires utilisent maintenant le bilan comparatif puisqu'il est déployé à 100% dans l'ensemble de l'organisme. Il s'agit d'une réalisation majeure et collective qui mérite d'être soulignée considérant tous les efforts qui ont été déployés pour atteindre cette priorité stratégique.

Des mécanismes de gestion sont en place avec la création de comités interdisciplinaires notamment le comité de pharmacologie et le comité sur l'utilisation sécuritaire des médicaments. Un programme de gérance des antimicrobiens est déployé et des audits ont été réalisés pour mesurer leur efficacité. Des politiques et procédures ont été élaborées et un programme d'accueil et d'orientation est en soutien au nouveau membre du personnel.

Le service de pharmacie effectue l'ensemble des étapes du circuit du médicament dans un environnement où l'accès est sécurisé. Les produits cytotoxiques sont manipulés sous la hotte dans des salles à pression négative. Le système d'information est muni d'un mécanisme d'alerte. Un plan directeur clinique a été réalisé dans l'organisation en appui à l'identification de besoins cliniques nécessitant un réaménagement du service de la pharmacie.

Dans le cadre de ce projet clinique, l'introduction de nouvelles technologies est à recommander notamment «le prescripteur électronique» qui permettrait de réduire les risques et d'optimiser l'utilisation des ressources.

La collaboration médicale dans les comités interdisciplinaire est à souligner ainsi que la démarche de certification effectuée par l'Ordre des pharmaciens auprès des assistants techniques et des pharmaciens.

L'équipe du service de pharmacie est encouragée à mettre en place des mesures pour pérenniser leur modèle de gestion de la performance et de l'excellence.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Processus prioritaire : Prévention des infections

La prévention des infections a un comité bien structuré qui relève directement de la direction des soins infirmiers, du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et de la direction des services professionnels. Le comité stratégique de prévention et contrôle des infections assure le mandat général du programme de prévention et contrôle des infections. Le service de prévention des infections est très dynamique et multidisciplinaire. Dans une optique d'amélioration continue, il serait pertinent d'intégrer un usager partenaire au sein du dit comité. L'équipe a obtenu le prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux pour la mise en place du dépistage des usagers asymptomatiques porteurs de Clostridium difficile. L'équipe a plusieurs bons coups à son actif dans les dernières années.

Le personnel, les stagiaires et les bénévoles sont formés sur la prévention des infections à leur arrivée soit en groupe ou de façon individuelle. L'équipe médicale est sensibilisée à la prévention des infections par différents moyens. L'équipe valorise les compétences transversales pour favoriser l'adhésion à l'hygiène des mains. Les usagers sont également sensibilisés à la prévention des infections par le guide d'accueil. L'équipe de prévention vise à faire un vidéo qui pourrait être disponible sur les terminaux au chevet des usagers. Les usagers mentionnent que le personnel se lave les mains lorsqu'ils se présentent dans les chambres et qu'on leur distribue des lingettes pour le lavage des mains avant les repas. De plus, l'expérience patient en isolement a été documentée par un questionnaire complété en présence d'une infirmière en prévention des infections.

Les rapports bimestriels sont bien étoffés et donnent les statistiques pertinentes sur le suivi des infections. L'équipe tient à maintenir une culture de prévention des infections dans l'établissement. Les succès de l'équipe reposent sur la compétence collective des différents intervenants dans toute l'organisation. L'observation de l'hygiène des mains est faite régulièrement par les conseillères en prévention des infections et les résultats sont affichés et diffusés aux différents intervenants en particulier ceux des unités de soins lors des caucus de gestion. Malgré tous les efforts de l'équipe pour l'observation du lavage des mains, des résultats mitigés sont observés. L'équipe a mis sur pied un plan d'action pour l'hygiène des mains pour favoriser la conformité du personnel à cette pratique. L'équipe est consciente que ce suivi est nécessaire et qu'une vigie est constante et que c'est un défi de tous les jours. Le conseil d'administration entérine cette pratique et contribue à la diffuser dans l'ensemble de l'établissement. Les distributeurs pour le lavage des mains sont disponibles partout dans l'établissement. Dans le secteur de

l'urgence, il est observé que certains distributeurs ne sont pas disponibles sur les civières.

L'équipe tient compte des données probantes pour améliorer la qualité et le comité de prévention des infections fait les recommandations en fonction de ces normes. Il faut souligner l'implication de tous les membres du dit comité pour faire la promotion de la prévention des infections et des bonnes pratiques. Elle participe à étoffer les données probantes en publiant de nombreux articles sous le thème de la prévention des infections. Elle contribue à des projets cliniques de recherche afin de donner des soins à la fine pointe de la qualité.

L'équipe a établi son plan d'activités et d'objectifs du programme de prévention des infections 2018-2019. Celui-ci est élaboré avec des échéanciers et l'atteinte des résultats. Beaucoup de collaboration entre les directions seront nécessaires pour faire vivre au quotidien ce plan d'action.

L'équipe fait la surveillance des infections nosocomiales et en fait rapport aux différentes directions. Il existe un plan d'intervention continue ou en cours d'éclosion pour la gestion des éclosions. Le personnel connaît les procédures et la documentation est disponible sur l'intranet de l'IUCPQ.

Les travaux de construction sont suivis à la loupe et un plan de travail est élaboré selon le secteur. L'organisation est sensible aux différents défis de construction et de rénovation et s'assure que les normes de prévention des infections sont respectées scrupuleusement.

Différentes actions sont prises pour assurer la vaccination antigrippale du personnel et des usagers. Des campagnes publicitaires sont diffusées dans l'établissement. Au service alimentaire, le matériel souillé ne vient pas en contact avec le matériel propre. Des contrôles de qualité et de température sont bien faits et documentés. Les portes d'accès à la cuisine sont ouvertes en tout temps. L'équipe est encouragée à se doter d'un mécanisme pour que ces portes soient fermées en tout temps afin d'en limiter l'accessibilité. L'équipe doit s'assurer du respect des règles de prévention des infections dans tous les secteurs.

Le service d'hygiène et salubrité est essentiel et vise à donner des services pour assurer la sécurité des usagers en matière de prévention. Les différentes équipes travaillent en partenariat avec la prévention des infections pour s'assurer du respect des bonnes pratiques. Différents moyens sont mis en place pour aider les intervenants à donner un service hors-pair. Différents moyens d'observation sont utilisés pour s'assurer que le personnel respecte les normes. Le personnel se dit bien informé et connaît les procédures. Des documents de référence sous forme de tableaux sont disponibles au besoin. Le service régulier d'entretien se fait avec des chariots de service qui ne sont pas toujours fermés à clef.

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 : 2 juillet 2018 au 12 septembre 2018**
- **Nombre de réponses : 17**

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	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	76	0	24	72
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	24	0	76	81

	% 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	94
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	6	0	94	96
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	96
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	95
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	65	0	35	64
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	6	0	94	91
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	95
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	6	0	94	92
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	97
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	95
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	99
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	6	0	94	76
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	12	0	88	69

	% 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.	0	0	100	80
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	18	0	82	62
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	6	0	94	85
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	65	0	35	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.	24	0	76	84
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	6	0	94	95
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	18	0	82	78
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	0	100	90
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	0	0	88
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	0	0	0	77
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	6	0	94	88
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	0	100	93

	% 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.	0	0	100	93
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	6	0	94	88
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	0	89

*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	0	0	100	81
34. La qualité des soins	0	0	100	82

*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.

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 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.

Annexe B - Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
Soins de santé centrés sur les personnes	Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.