



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA

# **Rapport de visite**

Programme Qmentum QuébecMC

**CHU de Québec-Université Laval**

Rapport publié: 26/04/2024

# Table des matières

|   |    |
|---|----|
| <b>À propos d'Agrément Canada</b>   | 3  |
| <b>À propos du rapport d'agrément</b>   | 3  |
| <b>Confidentialité</b>  | 4  |
| <b>Sommaire</b>   | 5  |
| À propos de l'établissement   | 5  |
| Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs  | 6  |
| Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence                                  | 7  |
| <b>Aperçu du programme</b>  | 8  |
| <b>Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément</b>                         | 9  |
| <b>Résultats selon les dimensions de la qualité</b>   | 11 |
| <b>Pratiques organisationnelles requises</b>  | 12 |
| <b>Résultats de l'évaluation divisés par chapitre</b>                                       | 14 |
| Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population  | 14 |
| Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles | 16 |
| Leadership – Gestion de la qualité et des risques   | 19 |
| Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres       | 21 |
| Télésanté   | 24 |
| Programme de prévention et de contrôle des infections                                       | 25 |
| Services de retraitement des dispositifs médicaux   | 28 |
| Gestion du circuit du médicament  | 33 |
| <b>Aperçu de l'amélioration de la qualité</b>   | 36 |

## À propos d'Agrément Canada

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

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

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

## À propos du rapport d'agrément

L'établissement mentionné dans le présent rapport de visite participe au programme d'agrément Qmentum Québec<sup>MC</sup> d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 10/03/2024 au 15/03/2024.

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

# Confidentialité

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

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

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

# Sommaire

## À propos de l'établissement

Le CHU de Québec-Université Laval offre à la population de l'est du Québec et du nord-ouest du Nouveau-Brunswick des soins et des services de santé généraux, spécialisés et surspécialisés. Affilié à l'Université Laval, l'établissement a une mission d'enseignement, de recherche clinique et fondamentale, d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé ainsi que de promotion de la santé.

Le CHU de Québec dispose de 1 259 lits dressés répartis dans cinq sites hospitaliers et compte sur une communauté de 17 588 intervenants, soit plus de 12 000 employés, 1 500 médecins, dentistes et pharmaciens, 260 bénévoles et 3 700 chercheurs, employés du centre de recherche du CHU, étudiants aux cycles supérieurs et stagiaires postdoctoraux.

Le bassin de population potentiellement desservie compte près de 2 millions de personnes.

## Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

La visite, les rencontres, les constats par rapport au cycle précédent et les documents déposés en preuve constituent la trame objective de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des critères des chapitres du programme révisé Qmentum Québec d'Agrément Canada.

Depuis la fin du dernier cycle d'agrément, le CHU de Québec a développé un nouveau projet d'établissement 2023-2027 guidé par la volonté d'avoir un impact sur la santé et l'inspiration du changement. Ce projet d'établissement garde l'utilisateur au centre des préoccupations tout en plaçant le personnel au cœur de l'action organisationnelle. Le renouvellement des valeurs a fait l'objet d'une large consultation et introduit la bienveillance, l'engagement, le partenariat, la transparence et l'amélioration continue.

Une nouvelle philosophie de gestion appuyée par un modèle de leadership reconnu prend racine dans toute l'organisation. Plusieurs chantiers prioritaires de transformation ont été définis et sont soutenus par l'implantation d'une nouvelle philosophie de gestion. Le CHU de Québec souhaite offrir une expérience de travail positive aux intervenants tout en leur permettant de se réaliser et d'évoluer au quotidien.

Des transformations majeures sont en cours entre autres : la poursuite du chantier de construction du Nouveau Complexe Hospitalier (NCH), le lancement de la plateforme clinico-logistique (PCL) en décembre 2021 et celui du Centre intégré de cancérologie en mai 2022. À ces projets d'infrastructures se sont ajoutées des transformations significatives dans les pratiques de gestion comme le plan d'aménagements du temps de travail, l'autogestion des horaires, le déploiement de la nouvelle approche de soins et les activités de fluidité du cheminement des usagers.

Des zones de force et des possibilités d'amélioration ont été cernées. Ce portrait de début de cycle porte sur les thématiques transversales essentielles à un fonctionnement sécuritaire, fiable et de qualité pour les programmes-services qui feront l'objet d'une évaluation distincte dans les séquences à venir.

L'équipe de visiteurs s'est également attelée à la tâche de répondre aux questions du CHU de Québec sur l'état de ses ressources pour faire face à des sinistres, le ressenti des personnes rencontrées sur l'expérience-employé et les systèmes d'amélioration continue ainsi que les moyens mis en œuvre pour la fluidité.

Pour faire face aux défis du marché de l'emploi et la pénurie grandissante de main-d'œuvre, le CHU de Québec a fait de la fidélisation et de la rétention des ressources humaines un chantier à développer.

Travaillant sur plusieurs fronts, l'établissement déploie des efforts concertés pour améliorer le climat de travail, bonifier l'attractivité de l'organisation et inverser la tendance des départs du secteur de la santé.

L'intégration de la gestion des risques dans toutes les sphères d'activité a permis d'améliorer la sécurité des usagers, du personnel, des infrastructures, des équipements et des systèmes informationnels. Un travail important de coordination intrahospitalière a été mis en œuvre pour améliorer la fluidité au Service des urgences ainsi que dans les unités de soins. La collaboration avec les partenaires externes est manifeste pour favoriser le retour à domicile et rapprocher l'expertise médicale du besoin par le biais de la télésanté.

Les secteurs cliniques transversaux en lien avec le circuit du médicament, le retraitement des dispositifs

médicaux ainsi que la prévention et le contrôle des infections ont tous progressé en termes d'alignement, d'harmonisation et d'agilité.

La préparation et la réactivité de l'organisation pour face à l'un ou l'autre des catastrophes modernes, incluant les cyberattaques, sont notables. Le souci de la continuité des opérations est palpable dans le dévouement manifeste du personnel, mais peu documenté.

Les améliorations dans la sécurisation du trajet des médicaments impactent favorablement la prestation de soins cliniques. La collaboration interservices a permis de rehausser la qualité, la sécurité et l'efficacité opérationnelle entourant la stérilisation, tandis que le travail de développement des fonctions logistiques a permis de dégager du temps de soins au chevet des usagers.

Soucieux de tirer le meilleur de son enveloppe budgétaire, le CHU de Québec déploie un travail significatif pour exploiter de manière sécuritaire des données robustes tirées de ses systèmes d'informations clinico-administratifs et prendre des décisions éclairées. Le travail d'amélioration et de transformation est engagé et pave la voie du futur.

## **Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence**

La documentation produite, les échanges en rencontre et les observations sur le terrain ont permis d'identifier les forces suivantes :

1. Enracinement de la culture de sécurité et de la qualité des soins.
2. Adoption d'une philosophie de gestion axée sur les usagers et le personnel.
3. Mise en œuvre d'une planification ordonnancée et mesurée de la transformation.
4. Intégration systématique des initiatives d'amélioration continue et de gestion des risques.
5. Démarche progressive d'incubation et de mise à l'échelle de projets novateurs.
6. Communication ouverte, fluide et transparente de l'équipe de direction.

Les propos tenus par le personnel, les rapports de résultats consultés et les vulnérabilités discutées ont permis de cerner les pistes d'amélioration suivantes :

1. Adapter et diversifier les avenues de rétention du personnel et de cheminement professionnel.
2. Accompagner les cadres et la relève à la gestion collaborative et budgétaire.
3. Standardiser et mettre à jour la documentation.
4. Valoriser l'expérience-usager et les relations avec les partenaires externes.
5. Améliorer l'efficacité opérationnelle clinique.
6. Poursuivre la standardisation des processus.

## Aperçu du programme

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

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

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

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

## Décision d'agrément

CHU de Québec-Université Laval

Le statut d'agrément est :

### Agréé - CHU de Québec-Université Laval

CHU de Québec-Université Laval est agréé suite à son évaluation au cycle 1 du programme Qmentum Québec et jusqu'à ce que la prochaine décision d'agrément soit prononcée en 2028, à la suite du cycle 2.

L'établissement répond aux exigences fondamentales du programme d'agrément.



# Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

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

**Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place**

| Installation                             | Chapitre  |
|--|---|
| Centre hospitalier de l'Université Laval | Télésanté   |
| Centre hospitalier de l'Université Laval | Programme de prévention et de contrôle des infections                                       |
| Centre hospitalier de l'Université Laval | Services de retraitement des dispositifs médicaux   |
| Centre hospitalier de l'Université Laval | Gestion du circuit du médicament  |
| Hôpital de l'Enfant-Jésus                | Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population  |
| Hôpital de l'Enfant-Jésus                | Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles |
| Hôpital de l'Enfant-Jésus                | Leadership – Gestion de la qualité et des risques   |
| Hôpital de l'Enfant-Jésus                | Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres       |
| Hôpital de l'Enfant-Jésus                | Programme de prévention et de contrôle des infections                                       |
| Hôpital de l'Enfant-Jésus                | Services de retraitement des dispositifs médicaux   |
| Hôpital de l'Enfant-Jésus                | Gestion du circuit du médicament  |
| Hôpital du Saint-Sacrement               | Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres       |
| Hôpital du Saint-Sacrement               | Programme de prévention et de contrôle des infections                                       |

| <b>Installation</b>   | <b>Chapitre</b>                                       |
|---|---|
| Hôpital du Saint-Sacrement  | Services de retraitement des dispositifs médicaux     |
| Hôpital du Saint-Sacrement  | Gestion du circuit du médicament                      |
| Hôpital Saint-François d'Assise                                       | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Hôpital Saint-François d'Assise                                       | Services de retraitement des dispositifs médicaux     |
| Hôpital Saint-François d'Assise                                       | Gestion du circuit du médicament                      |
| L'Hôtel-Dieu de Québec  | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| L'Hôtel-Dieu de Québec  | Services de retraitement des dispositifs médicaux     |
| L'Hôtel-Dieu de Québec  | Gestion du circuit du médicament                      |
| Plateforme clinico-logistique (PCL) du CHU de Québec-Université Laval | Gestion du circuit du médicament                      |

## Résultats selon les dimensions de la qualité

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

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

| Dimension de la qualité  | Conforme   | Non Conforme | S.O.     | Total      |
|--|------------|--------------|----------|------------|
| Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.) | 26         | 3            | 0        | 29         |
| Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)                           | 15         | 1            | 0        | 16         |
| Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)                            | 3          | 1            | 0        | 4          |
| Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)                              | 14         | 2            | 0        | 16         |
| Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)                                   | 38         | 1            | 0        | 39         |
| Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)                        | 164        | 12           | 3        | 179        |
| Sécurité (Assurez ma sécurité.)  | 202        | 10           | 1        | 213        |
| Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)              | 38         | 0            | 0        | 38         |
| <b>Total</b>   | <b>500</b> | <b>30</b>    | <b>4</b> | <b>534</b> |

## Pratiques organisationnelles requises

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

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

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

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

## Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

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

#### Évaluation du chapitre : 95,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 4,5 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

En cohérence avec la planification stratégique ministérielle, le CHU de Québec a développé son projet d'établissement 2023-2027 et un plan séquencé de réalisation de 2 ans construit autour d'objectifs mesurés. Les priorités stratégiques sont centrées sur l'accès équitable aux soins en temps opportun, l'engagement des équipes, le savoir-faire et le savoir-être des soins sécuritaires pertinents et efficaces. Le CHU de Québec mise sur la transformation et le développement durable pour relever les défis de l'avenir.

Le CHU de Québec a procédé à une refonte de ses valeurs par le biais d'une vaste consultation. À l'écoute de toutes ses parties prenantes, de ses partenaires et de 3 000 répondants, l'établissement a fait évoluer ses valeurs en les centrant sur la bienveillance, l'engagement, le partenariat et l'amélioration continue. La transparence est également au nombre des valeurs, témoignant ainsi de la volonté de l'établissement de déconstruire des perceptions passées.

Le cadre de référence en éthique est clairement défini et étroitement lié à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisation, ainsi qu'au code de conduite et aux standards de pratique professionnelle. Les rôles et les responsabilités en soutien à la prise de décisions éthiques dans la structure sont définis. Le système de soutien est en place pour guider les professionnels de la santé confrontés à des dilemmes éthiques. La disponibilité et la présence de professionnels en éthique clinique et organisationnelle permettent à l'organisation de cheminer face aux situations complexes. L'éthique de la recherche est un pilier essentiel de la mission universitaire du CHU de Québec.

Une philosophie de gestion renouvelée et un modèle de leadership formel encadrent le travail des équipes. La mesure de capacité, la maîtrise des risques et le suivi des résultats sont des pratiques bien ancrées à tous les niveaux de l'organisation. L'établissement maintient une communication fluide entre les cadres. De multiples canaux de communication permettent la cascade et l'escalade des informations qui donnent un sens à l'organisation des services.

Au terme de la séquence 1 du cycle d'agrément 2019-2023, le CHU de Québec était appelé à établir des partenariats efficaces avec toutes les composantes du réseau de la santé de la région de la Capitale-Nationale. Conformément aux exigences du ministère de la Santé des Services sociaux, une direction adjointe de la fluidité a été créée pour améliorer le cheminement des usagers. Le travail intrasite est rigoureusement structuré pour soutenir la collaboration entre les responsables d'unités de soins, la gestion des lits et tous les intervenants. L'établissement est encouragé à poursuivre son travail d'accompagnement des gestionnaires et des médecins pour assurer que la cogestion et l'action décisionnelle soient centrées sur le besoin de l'usager au bon moment.

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

| Numéro du critère | Description du critère   | Type de critère  |
|-------------------|--|------------------|
| 2.3.7             | Les gestionnaires de l'établissement soutiennent l'amélioration continue d'une approche de soins centrés sur la personne en évaluant les résultats de façon régulière.   | Priorité normale |
| 2.7.1             | Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan stratégique qui décrit les besoins à long terme de sa communauté et des autres parties prenantes en fonction des changements populationnels et démographiques, ainsi que la façon dont l'établissement continuera à répondre aux besoins évolutifs. | Priorité normale |
| 2.7.4             | Les gestionnaires de l'établissement adoptent une approche inclusive pour composer les équipes de main-d'œuvre afin de répondre aux besoins diversifiés de la communauté en matière de santé et de services sociaux.   | Priorité normale |
| 2.10.3            | Les gestionnaires de l'établissement utilisent les données évolutives sur le portrait de santé de la population afin d'évaluer la pertinence et l'efficacité des services offerts, et ce, en collaboration avec la Direction de santé publique.  | Priorité normale |

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

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

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 5,6 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### **Résultats de l'évaluation :**

Le CHU de Québec a fait de l'expérience-employé positive et de la croissance professionnelle interne la cible claire et précise de sa stratégie des ressources humaines pour une prestation de soins de qualité aux usagers. L'analyse du climat de travail et des causes profondes du roulement des employés a amené l'établissement à une refonte de son approche axée sur la fidélisation/mobilisation, proactivité/transparence, développement professionnel et bien-être des intervenants. Les médecins sont intégrés à cette approche : un travail d'accompagnement de la cogestion médicale est engagé.

En s'appuyant sur le modèle de leadership LEADS, le CHU de Québec amorce une transformation de ses pratiques de gestion en répondant ainsi au défi du marché du travail. L'approche de l'établissement est progressive et mise sur une approche intégrée du travail pour exprimer simplement les valeurs de l'établissement en comportements attendus. Un accompagnement soutenu des jeunes gestionnaires est orchestré pour atténuer l'effet des départs à la retraite des gestionnaires expérimentés. Au moment de la visite de la première séquence, des signes encourageants attestent de l'effet positif combiné des activités de rétention de la main-d'œuvre et de recrutement. La stratégie d'encadrement des équipes et de reconnaissance de la contribution a été revue pour miser sur la proximité. L'appréciation de la contribution des employés et des cadres est à géométrie variable. Le défi du volume annuel à réaliser est significatif. Au moment de la visite de la première séquence, 1 300 évaluations sont réalisées dans l'établissement qui compte 12 000 employés.

Au chapitre de la sécurité des soins, le personnel a accès à une vaste gamme d'activités de formations sur des thématiques comme la RCR, l'ACLS, les codes d'alerte (blanc, rouge, bleu, brun en cours), la pacification OMEGA, la prévention et le contrôle des infections et les stratégies de prévention des chutes. L'établissement est vivement encouragé à stimuler la formation et les audits sur l'hygiène des mains pour améliorer sa conformité. L'établissement est également invité à bonifier la formation sur la divulgation avec l'apport des usagers et des proches.

Les politiques sur la santé et la sécurité au travail sont en place. Des matrices de risques sont systématiquement utilisées pour identifier les actions les plus porteuses pour améliorer l'environnement de travail dont, entre autres, le retour au travail à la suite d'un congé maladie ainsi que la prévention de la récurrence de situations accidentelles connues. Le bien-être des médecins est abordé au travers de l'accueil des nouveaux médecins, ainsi que des conférences entre autres sur l'épuisement professionnel et la résilience.

Les politiques de promotion de la civilité et de prévention de la violence en milieu de travail sont diffusées et connues. Les responsabilités sont définies et les formations en place. L'établissement est invité à innover pour s'assurer que les comportements attendus s'expriment face aux manifestations de violence. Dans un contexte où les violences faites aux femmes, aux minorités et aux personnes âgées ainsi que l'exclusion systémique des communautés autochtones sont des réalités indéniables, le développement des initiatives d'équité, de diversité et d'inclusion en emploi est à saluer. L'établissement est encouragé à persévérer dans une approche structurée de la représentativité sociale au sein de son personnel et dans ses structures.



Les ressources matérielles sont au cœur de transformations majeures au CHU de Québec. La plateforme clinico-logistique (PCL) a été lancée en décembre 2021, permettant le regroupement des services alimentaires, de la pharmacie, l'entreposage et la distribution de fournitures ainsi que la reprographie. La logistique hospitalière et une partie de la gestion du circuit du médicament ont été optimisées, ouvrant la voie à d'autres transformations à venir. La PCL a permis de concentrer l'expertise en logistique et de contribuer à recentrer les fonctions cliniques sur l'usager. L'harmonisation et la simplification des processus dont les flux de transport ont permis d'accroître l'efficacité du CHU de Québec et de minimiser plusieurs risques d'erreur. L'établissement est vivement encouragé à documenter ses plans de contingence et de continuité des affaires pour la PCL. En mai 2022, le nouveau bâtiment du Centre intégré de cancérologie (CIC) a été inauguré avec l'équipement médical de pointe que constitue le cyclotron.

Avec le retour des activités postpandémie et la nécessaire reprise de contrôle budgétaire, la direction des ressources financières a fait évoluer sa méthode d'élaboration, suivi et contrôle budgétaire.

L'approche a permis de présenter une vue plus juste du déficit annuel d'exploitation. L'établissement corrige désormais le sous-financement de plusieurs services et assure une répartition plus équitable des enveloppes disponibles aux différentes directions. La refonte de l'allocation des ressources s'inscrit dans l'approche globale du CHU en matière de réinvestissement des économies d'heures travaillées directement issues des projets d'amélioration structurants en gestion des ressources humaines et matérielles. L'approche collaborative avec la direction des soins infirmiers et les services d'affectation des ressources humaines est à souligner et représente une solide fondation pour la gouvernance pour la planification de la main-d'œuvre.

Le CHU de Québec travaille à se doter d'outils d'analyse et de projection budgétaire permettant d'accompagner et de responsabiliser les gestionnaires sur le contrôle des dépenses. L'établissement est encouragé à poursuivre son travail de comparaison à un groupe témoin d'établissements et sa démarche d'appropriation méthodologique du financement axé sur l'usager.

En matière de ressources informationnelles, le CHU de Québec utilise dans ses installations le dossier clinique informatisé (DCI) Cristal-Net. Le produit développé à l'interne depuis plus de 20 ans est également offert à plusieurs établissements du réseau de santé de services sociaux de la région et ailleurs au Québec. Sa maintenance relève d'une équipe de la direction des ressources informationnelles constituée en centre de service. Le DCI est un atout pour l'organisation qui devra cependant s'aligner et transiter vers une autre solution retenue par le ministère de la Santé des Services sociaux pour le projet provincial de dossier santé numérique.

Une multitude d'autres systèmes d'information outillent les équipes du CHU de Québec. Une offre d'interopérabilité facilite les connecteurs entre systèmes. Une cartographie complète des actifs a été réalisée en février 2024. Les détenteurs, les fiduciaires, les pilotes et les supers-utilisateurs sont identifiés ainsi que toutes informations nécessaires au contrôle des accès. Cet inventaire accompagnera des réflexions pour optimiser ou se délester de systèmes sous-utilisés.

La sécurité informationnelle est au cœur des préoccupations de l'équipe. Un registre d'autorité a été créé pour réduire le potentiel d'incident. Une voûte de contrôle des accès à haut privilège a été créée et des règles ont été mises en place pour réformer les droits d'accès administratifs. L'équipe de cyberdéfense est hautement sensibilisée au risque de cyberattaques. Elle a déployé des moyens de surveillance technologique avancés pour repérer les tentatives d'intrusion et fait des campagnes d'hameçonnage pour éduquer les utilisateurs. Des campagnes d'audit obligatoire d'accès aux dossiers cliniques par les

intervenants sont organisées tandis que des audits aléatoires sont organisés pour contrôler les accès du personnel administratif. Toutes ces démarches s'inscrivent dans le cadre de politique et procédures visant à assurer une plus grande transparence dans les activités informationnelles.

Le volet de la protection des données personnelles est sous la responsabilité de la cheffe des affaires juridiques. Un guide pour le personnel est sur le point d'être publié pour répondre aux nouvelles exigences législatives. Le tout est encadré par un comité élargi qui fait rapport au PDG et au CA. L'établissement est encouragé à peaufiner son regard sur l'utilité de collecter des informations personnelles qui se retrouvent dans différents systèmes. Au moment de la visite, lors des traceurs, une variabilité des pratiques de collecte a été observée aux ressources humaines ainsi qu'au service informatique. Par ailleurs, il a été observé que la méthode appliquée pour recueillir l'engagement au respect du code de conduite présente un potentiel d'amélioration. Le plan de modernisation technologique du ministère de la Santé des Services sociaux a permis au CHU de Québec de moderniser son parc d'équipements multiparamétrique dans les chambres et de paver la voie à une transformation numérique qui va améliorer la collecte de données cliniques. Les développements technologiques informationnels viennent cependant avec un lot de risques qui nécessite que les directions cliniques travaillent à l'élaboration de plans de continuité. L'établissement est vivement encouragé à soutenir le travail d'accompagnement entamé par la sécurité civile.

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

| Numéro du critère | Description du critère  | Type de critère  |
|-------------------|---|------------------|
| 3.3.3             | Les gestionnaires de l'établissement mettent en place des pratiques de recrutement de la main-d'œuvre équitables et basées sur des données probantes tout en tenant compte des compétences recherchées au regard de la vision, de la mission et des valeurs de l'établissement. | Priorité normale |
| 3.4.7             | Les gestionnaires de l'établissement évaluent régulièrement la qualité et l'utilité des données et des renseignements contenus dans ses systèmes d'information.   | Priorité normale |

## Leadership – Gestion de la qualité et des risques

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

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

La rencontre avec les équipes du CHU de Québec et la consultation des preuves a permis de constater la maturité avancée de la culture de la qualité, de la mesure et de la gestion intégrée des risques.

L'approche progressive des cycles d'amélioration continue et du renforcement de la sécurité est robuste, cohérente et interdisciplinaire. Elle permet à l'établissement d'opérer une métamorphose remarquable de ses installations et de ses pratiques tout en poursuivant ses activités au quotidien. Les preuves recueillies lors de la visite démontrent également un degré élevé d'adhésion et de cohérence à tous les niveaux de l'organisation de l'approche centrée sur la personne. Le leadership mobilisateur et bienveillant de la haute direction est notoire tout autant que l'engagement personnel du personnel clinique, médical, clinico-administratif et de soutien.

Les différents aspects du fonctionnement managérial et opérationnel observés durant la visite témoignent d'une rigueur et d'un souci de l'accompagnement soutenu des nouveaux employés et des jeunes gestionnaires. Les outils de routine adoptés, les standards de mesure sélectionnés, les techniques de communication (caucus, mêlées/scrum) et de suivi des processus internes sont minutieusement conçus pour garantir une efficacité maximale des activités centrées sur l'expérience positive du personnel et les besoins des usagers et de proches.

La déclaration des événements indésirables a connu une diminution marquée comparativement à la période précovid. Alors que les déclarations avoisinaient les 18 000 par année en 2018-19, elles ont chuté à 12 000 en 2022-23. Le passage à la déclaration électronique, la pénurie de main-d'œuvre ont contribué à ce phénomène tout autant que les améliorations structurantes pour réduire les erreurs de médicaments (préparation à la PCL, armoire à médicaments dans les chambres des usagers, pompes intelligentes, manipulation supervisée ciblée de médicaments à risque élevé). L'augmentation de la gravité des erreurs a activé les réflexions du Comité de direction sur les conditions nécessaires à l'équilibre de l'écosystème des unités de soins.

Les contrôles qualité des déclarations sont quotidiens et enclenchent des réactions rapides de corrections. La démarche d'amélioration continue est travaillée en collaboration avec le commissaire aux plaintes ainsi qu'avec le comité d'évaluation de la qualité de l'acte médical. Une augmentation des déclarations faites par les médecins a été objectivée, passant de 1 % à 5 %. L'analyse des temps de passage prolongés des personnes âgées aux services de l'urgence a également permis de repenser le travail et la prise en charge de cette population vulnérable.

La formation à la sécurité des quelques 2 000 nouveaux employés par an représente un défi significatif qui s'ajoute au besoin de formation des étudiants et des résidents. Des partenariats avec l'Université Laval et les établissements d'enseignement ont vu le jour. D'autres initiatives d'évaluation prospective des risques ont également été réalisées sous l'égide d'un comité de gestion des risques spécialement mis sur pied pour soutenir l'ensemble du projet NCH. Tirant des apprentissages de la livraison avec réserve du Centre intégré de cancérologie, le CHU de Québec a redéfini des normes de pratique en établissant des plages de livraison, en ordonnant les priorités d'action et de transfert des usagers selon une appréciation globale des risques.

Concernant la gestion des plaintes et les signalements de maltraitance, les responsables travaillent en concertation pour dépister précocement les situations néfastes pour les usagers et leurs proches.

L'analyse des causes profondes et la production de recommandations visent à réduire la récurrence des événements.

Le travail de sensibilisation et le plan d'action de promotion de la bienveillance et de lutte à la maltraitance débutent. Le CHU de Québec est encouragé à poursuivre son travail pour détecter un phénomène aux conséquences délétères pour les victimes. Une stratégie de réseautage est en cours pour pouvoir atteindre les groupes vulnérables ou marginalisés.

Les plaintes en lien avec l'accessibilité aux soins sont en augmentation. Une campagne baptisée « M'avez-vous oublié? » a été mise en place pour revoir la priorisation des cas à la suite de changements d'état ou le dépassement du seuil de tolérance à la douleur. L'établissement est encouragé à poursuivre dans ce sens pour maintenir une vigie sur la santé de la population en attente.

En matière de divulgation des événements indésirables, un mécanisme de soutien a été mis en place. La divulgation est réalisée par la personne qui a le lien de confiance le plus établi avec l'utilisateur ou le proche. Cet exercice de transparence doit permettre de répondre aux besoins de l'utilisateur ou des proches qui veulent comprendre ce qui s'est passé. Les commentaires émis sur cette pratique sont retenus pour permettre de réviser et d'améliorer de façon continue le processus. Des personnes ayant assisté à des divulgations ont rejoint le comité des usagers. Le CHU de Québec est invité à considérer la possibilité d'inviter un usager-partenaire à participer à la formation des résidents sur le sujet.

Lors de la visite, les preuves écrites démontrent que l'établissement offre de la formation en lien avec la sécurité et le bilan comparatif des médicaments. La traçabilité des attestations de participation est partielle. Pour les infirmières, le rapport de la plate-forme ENA indique que moins de 90 inscriptions ont eu lieu depuis 2019. Dans un contexte où l'établissement vit un important roulement dans l'embauche de nouvelles infirmières, il est vivement encouragé à assurer que l'offre de formation soit systématisée dans les semaines suivant l'orientation et que les attestations soient comptabilisées.

Au moment de la visite, les preuves écrites déposées attestent qu'une formation est disponible pour les 1500 médecins. Le CHU de Québec est encouragé à s'assurer que les moyens stratégiques sont en place (formation accréditée, utilisation d'un identifiant organisationnel, plateforme de formation médicale) pour attester de la participation des médecins. Le travail de l'établissement est à saluer sur les formations obligatoires aux résidents/externes en médecine ainsi qu'aux résidents en pharmacie. Les résidents de 4<sup>e</sup> année reçoivent une formation obligatoire sur le bilan comparatif des médicaments (BCM) directement de l'Université Laval.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

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

## Évaluation du chapitre : 58,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 41,9 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### Résultats de l'évaluation :

Une coordonnatrice des mesures d'urgences et de sécurité civile est en fonction et est appuyée par une équipe de gestionnaires de volets qui composent la structure de coordination. L'équipe a été interpellée dans plusieurs événements difficiles et est donc plus alerte et mobile pour y faire face.

Un plan local de sécurité civile et socio sanitaire est disponible, mais il date de 2014. La direction est vivement invitée à mettre en place toutes les stratégies possibles de soutien à l'équipe de gouverne actuelle pour son actualisation et la diffusion aux équipes des services des urgences.

Une structure de coordination des mesures d'urgence et de sécurité civile est en place et documentée. Toutefois, l'équipe est invitée à réfléchir sur l'harmonisation des processus, d'autant qu'une structure de coordination unique n'empêche pas celle-ci de s'ajuster en fonction des spécificités locales.

Il est remarquable de voir la réduction du nombre d'incidents reliés au code blanc depuis la formation des différentes équipes des services des urgences. L'équipe est invitée à renforcer la formation sur une base régulière afin de conserver cette attitude de pacification et les réussites acquises au cours de la dernière année.

La documentation des procédures reste à faire. À titre d'exemple, les procédures de réponse à une période potentielle d'intensification de la demande de soins et services, la gestion du cheminement, l'accès et la sécurité lors de situations d'urgence et de sinistres ne sont que quelques-unes à réaliser.

Le CHU de Québec innove avec le code Turquoise lors de dégâts d'eau mineurs et majeurs. L'équipe est invitée à documenter cette nouvelle intervention et à définir des indicateurs de suivis afin de voir les améliorations réalisées avec cette pratique innovante. Cette pratique mérite d'être soulignée.

Les différents codes internationaux sont à documenter et à harmoniser bien qu'ils soient déjà en application. L'efficacité et le suivi des tendances doivent cependant faire l'objet d'une analyse constante afin d'y apporter les correctifs le cas échéant. La mesure doit devenir un réflexe de la part de l'équipe de manière à faire les ajustements nécessaires et pour souligner les bonnes réalisations.

Des exercices de simulation ont eu lieu et l'équipe a travaillé avec le service des incendies de la ville de Québec afin d'améliorer les processus.

Lors de la dernière visite d'Agrément Canada, des événements sentinelles et des incidents/accidents étaient notés en lien avec la gestion des haut-parleurs et les appels pour des codes au sein des installations du CHU de Québec. Force est de constater que des travaux de suivis ont été réalisés, mais que le problème perdure. Au cours de la visite, il a été possible de constater le niveau sonore «tellement» élevé des appels dans certaines installations! L'établissement est invité à identifier l'impact des appels mal faits, ou sur fond sonore trop intense, sur la qualité des soins et services auprès de la clientèle et d'identifier ce qui peut être fait à court terme à titre de mesure alternative.

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

| Numéro du critère | Description du critère  | Type de critère  |
|-------------------|---|------------------|
| 5.1.1             | Les gestionnaires de l'établissement disposent du plan de sécurité civile global en réponse à des situations d'urgence et de sinistres.   | Priorité élevée  |
| 5.1.4             | Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures permettant de donner suite de façon efficace aux avis et aux demandes des instances de sécurité civile et de santé publique lors de situations d'urgence et de sinistres.  | Priorité élevée  |
| 5.1.5             | Les gestionnaires de l'établissement se réfèrent au cadre d'éthique de l'établissement pour guider la prise de décision concernant la planification des soins et services dans les situations d'urgence et de sinistres.  | Priorité normale |
| 5.3.1             | Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan d'intervention coordonnée avec l'ensemble des parties prenantes lors de situations d'urgence et de sinistres.  | Priorité élevée  |
| 5.3.4             | Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour répondre à une période potentielle d'intensification de la demande de soins et services afin d'assurer un triage et une gestion efficace des traitements actifs, des transferts d'usagers et des congés lors de situations d'urgence et de sinistres. | Priorité élevée  |
| 5.3.5             | Les gestionnaires de l'établissement mettent à la disposition de l'équipe des procédures pour gérer le cheminement, l'accès et la sécurité lors de situations d'urgence et de sinistres.  | Priorité élevée  |

| Numéro du critère | Description du critère   | Type de critère  |
|-------------------|--|------------------|
| 5.3.7             | Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures qui visent à déplacer la main-d'œuvre, les usagers, l'équipement, les ressources et les fournitures, si nécessaire, lors de situations d'urgence et de sinistres en toute sécurité.   | Priorité élevée  |
| 5.4.2             | Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour la reprise des activités en toute sécurité et pour le retour aux prestations de soins et services régulières après des situations d'urgence et de sinistres.   | Priorité normale |
| 5.4.3             | Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour le réapprovisionnement de médicaments, de fournitures médicales et non médicales, incluant l'équipement de protection individuelle en fonction de la reprise des activités après des situations d'urgence et de sinistres. | Priorité normale |
| 5.4.4             | Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures qui visent à reconstituer l'information sur les usagers au cas où celle-ci ne pourrait pas être récupérée ou restaurée après des situations d'urgence et de sinistres.  | Priorité normale |
| 5.5.1             | Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un mécanisme structuré d'évaluation qui couvre les phases liées à la planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres, soit la prévention, la préparation, l'intervention et le rétablissement.        | Priorité normale |
| 5.5.3             | Les gestionnaires de l'établissement effectuent une analyse rigoureuse après chaque exercice de simulation d'urgence et de sinistre afin de formuler et de mettre à jour le plan d'urgence.  | Priorité élevée  |
| 5.5.4             | Les gestionnaires de l'établissement prévoient des procédures pour évaluer l'efficacité des actions réalisées à chacune des phases de gestion des situations d'urgence et de sinistres et ils utilisent cette information dans une perspective d'amélioration continue.                      | Priorité normale |

## Télésanté

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

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

Les Services de télésanté du CHU de Québec existent depuis plusieurs années, mais ont connu un plus grand essor durant la période pandémique. L'équipe travaille en collaboration avec plusieurs partenaires et offre un service polyvalent. Plusieurs directions ou programmes utilisent la télésanté pour répondre aux besoins de leur clientèle. Parmi les nombreux services, il convient de citer notamment, les téléavis, les téléinterprétations, les électrocardiogrammes, les électroencéphalogrammes, les tracés d'oxymétrie nocturne, les consultations téléphoniques, la télépratique. Pour cette dernière il convient de mentionner le téléprétriage aux services de l'urgence du CHUL qui a été implanté dans le but d'améliorer le délai de prise en charge infirmier avec la collaboration du personnel qui ne peut travailler en personne avec les usagers. Selon l'information obtenue, cette initiative a diminué de 50 % le délai de prise en charge par le personnel infirmier. Par ailleurs, la télésanté contribue à améliorer la fluidité des cliniques externes. C'est le cas des cliniques de téléconsultation en hémato-oncologie en région.

Les Services de télésanté offrent la téléconsultation en neurologie, nutrition, ergothérapie, psychologie, neuropsychologie, le téléenseignement et la télésurveillance, téléexpertise. Les usagers qui bénéficient de ces services en sont très satisfaits. C'est le cas des usagers de la Clinique COVID longue rencontrés virtuellement.

Plusieurs projets sont en cours. On peut mentionner notamment, le Téléenseignement et Téléavis en échographie, la Téléconsultation interétablissements en pédiatrie et en hémato-oncologie, les Alternatives à l'hospitalisation, le Suivi postchirurgie, l'Unité de soins virtuels, la Téléconsultation des usagers à domicile (neurologie, ORL ou autres spécialités).

Selon la structure d'accueil mise en place, les usagers reçoivent les services en tenant compte des critères bien précis. Ainsi, il est constaté que la télésanté apporte le même soutien et génère autant de bénéfices qu'en présence pour le traitement des usagers bien sélectionnés.

Il a été observé qu'un budget récurrent pourrait être envisagé pour la pérennisation des nouveaux services à la suite de leur implantation. L'intégration de la télésanté parmi les projets organisationnels d'innovation et la sensibilisation des parties prenantes pour leur implication dans les nouveaux modules constituent également des opportunités d'amélioration. Enfin, il serait pertinent de considérer la mise à jour des procédures.

### Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Télésanté

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.



## Programme de prévention et de contrôle des infections

### Évaluation du chapitre : 98,6 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 1,6 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

Le programme de prévention et contrôle des infections (PCI) est composé de gestionnaires, conseillères et microbiologistes-infectiologues. Il est doté d'une structure de gouvernance où l'on retrouve un comité interdisciplinaire chargé d'élaborer un programme de prévention et de contrôle des infections selon les données probantes et les meilleures pratiques. Ce comité met également en place un plan de surveillance tout en assurant le suivi des indicateurs en accord avec les différentes instances provinciales et les directives ministérielles.

Une formation sur l'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire est offerte à l'embauche de tous les employés, incluant les coordonnateurs d'activités. Les bénévoles, les résidents, les externes et les étudiants, les visiteurs et les personnes proches aidantes reçoivent également une formation. Par ailleurs, une formation d'initiation à la prévention et au contrôle des infections est effectuée à l'intention de tous les gestionnaires du CHU de Québec. De plus, des transferts de connaissance en prévention et contrôle des infections sont réalisés mensuellement.

Une formation structurée est offerte aux nouveaux employés des services d'hygiène et salubrité dès l'embauche avec un examen et une note de passage (80 %). Par ailleurs, la réalisation des audits et la consolidation des connaissances à l'intention des membres de l'équipe leur permettent d'effectuer leurs tâches de façon optimale. Selon l'information obtenue, il convient de mentionner qu'il serait pertinent de sensibiliser les différents professionnels à la réalité de ces collègues qui travaillent dans l'ombre et qui méritent autant de reconnaissance et d'empathie pour le travail exigeant qu'ils accomplissent au quotidien. Il serait gratifiant de les considérer comme faisant partie de l'équipe, car ils constituent eux aussi un maillon assez fort de la chaîne qui doit être maintenue pour assurer la sécurité des usagers.

L'équipe participe aux programmes de surveillance tels que : le Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales, des programmes de surveillance internes propres à l'établissement, outil de saisie Nosokos, les napperons du bilan de mi-année et du bilan annuel diffusés aux unités de soins, au Comité de direction et au CA. Par ailleurs, un état de la situation en ce qui a trait aux infections est diffusé à une fréquence hebdomadaire. Il est mis à jour quotidiennement par centre hospitalier afin de faire connaître la situation des alertes et des éclosions dans l'organisation. Cette information en temps réel permet de mettre rapidement des mesures de précaution additionnelles en cas de transferts internes ou hébergement.

Les équipes disposent d'un laboratoire de microbiologie dans les activités de surveillance. Ainsi, elles peuvent avoir accès aux analyses de laboratoire au moment opportun et les résultats leur sont communiqués rapidement afin de prévenir et détecter des infections nosocomiales rares ou nouvelles.

De nombreux outils d'aide à la décision clinique permettent d'harmoniser les pratiques dans tous les sites du CHU de Québec. La présence des différentes directions cliniques au sein du comité interdisciplinaire favorise la collaboration du personnel et la communication pour limiter les risques d'infection. La collaboration des microbiologistes-infectiologues pour conseiller et soutenir le personnel est très appréciée de tous les intervenants concernés.

L'hygiène des mains n'atteint pas la cible ministérielle de 80 % bien que plusieurs mesures aient été mises en place afin que cette pratique soit conforme aux pratiques. Parmi les moyens implantés, il faut noter la formation à l'embauche de tous les employés, la signature de l'engagement à l'hygiène des mains, le Comité de promotion de l'hygiène des mains, le processus d'audits en continu par l'équipe de Prévention et contrôle des infections (3 quarts), la présentation des résultats aux deux mois en indiquant la tendance par unité de soins. L'établissement est invité à poursuivre les efforts pour atteindre ses objectifs.

La classification des zones de l'environnement physique est généralement respectée pour déterminer la désinfection et le nettoyage requis. Toutefois, compte tenu de la vétusté de certains sites et du milieu exigü, il n'est pas toujours possible de séparer de façon optimale la zone propre de celle qui est souillée sur certaines unités. Il en est de même des laveuses et sècheuses qui se trouvent à l'intérieur de la zone propre de la buanderie. Par ailleurs, dans l'un des centres hospitaliers, il manque une zone tampon pour la désinfection des chariots de transport pour cabarets qui se fait à l'entrée de la cuisine.

Des politiques et procédures et de nombreux outils d'aide à la décision clinique sont mis en place pour prévenir et contrôler la transmission des microorganismes comme les mesures de gestion des éclosions, la gestion des microorganismes émergents, rares ou résistants aux antibiotiques.

Les infections nosocomiales font l'objet d'un suivi rigoureux. L'équipe effectue une enquête épidémiologique. Les tendances et les situations de transmission sont analysées et des recommandations sont émises pour éviter qu'elles surviennent de nouveau. La gestion de ce dossier est effectuée en étroite collaboration avec la gestion des risques.

Lorsqu'une éclosion survient, l'information est transmise au moment opportun aux gestionnaires, aux employés aux usagers et aux personnes proches aidantes ainsi qu'aux partenaires concernés, le cas échéant. Les mesures nécessaires sont mises en place pour assurer un suivi approprié. Un plan d'action est mis en œuvre par le comité interdisciplinaire et les résultats sont utilisés dans un processus d'amélioration continue de la qualité.

En ce qui concerne les zones grises, il s'agit d'attribuer la responsabilité de désinfection de petits équipements médicaux à un membre du personnel désigné à cet effet selon un calendrier évolutif. En effet, ces équipements faisaient partie d'une zone grise. Cette initiative a permis de recenser plusieurs centaines d'items tout en leur attribuant une fréquence de désinfection et un responsable de l'exécution de la tâche. Des audits sont réalisés afin de valider l'implantation complète du processus.

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

| Numéro du critère | Description du critère   | Type de critère |
|-------------------|--|-----------------|
| 8.1.9             | L'équipe de prévention et de contrôle des infections collabore avec les programmes-services afin de limiter les risques d'infections croisées. | Priorité élevée |

## Services de retraitement des dispositifs médicaux

### Évaluation du chapitre : 88,7 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 11,3 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

Dans les dernières années, les unités de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) ont travaillé sur l'harmonisation des processus pour les cinq principaux partenaires (Hôpital de l'Enfant-Jésus, Hôpital du Saint-Sacrement, Hôpital St-François-d'Assise, CHUL et Hôtel-Dieu de Québec). Afin de renforcer les projets mis de l'avant, l'équipe s'est adjoint l'expertise de la prévention et du contrôle des infections, du génie biomédical et des services techniques. On ressent cette collégialité très évidente lors de la rencontre avec l'équipe des gestionnaires.

Des caucus hebdomadaires, comités de gestion mensuels, mêlées (scrum) et depuis une année un comité patronal est en place avec les syndicats, ce qui constitue une valeur ajoutée au bon climat et à la communication fluide observés par le visiteur d'Agrément Canada.

La vision des URDM est de rapatrier toutes les activités qui lui sont attribuées, comme le pré lavage, et qui actuellement sont exécutées dans d'autres lieux que ceux destinés à l'URDM. Cette mesure permettra à terme d'assurer une meilleure traçabilité et une meilleure qualité des processus liés au retraitement des instruments et équipements médicaux. L'équipe est invitée à se doter d'un plan de rapatriement et d'avoir un échéancier pour la finalisation du projet. Il est également suggéré d'identifier des mesures alternatives durant la transition afin que les équipements subissent un pré lavage au site d'utilisation. Par exemple, au bloc opératoire du CHUL, il y a tout l'équipement sur place pour faire du pré lavage.

Cinq assistants techniques pour les soins et services ont été ajoutés aux équipes des URDM et deux agents de prévention sur une possibilité de cinq. Ces derniers auront entre autres mandats d'assurer une formation uniforme et continue auprès des équipes. Toutefois, il est noté que les postes ne sont pas en affichage; l'équipe de gouverne est encouragée à accélérer le processus dans une optique d'amélioration continue de la qualité et une conjoncture actuellement favorable pour développer davantage la culture de la qualité.

Des initiatives concertées d'aménagement du temps de travail auprès des équipes, des évaluations de rendement et des activités de reconnaissance sont à souligner.

Très axée sur le développement et l'amélioration des compétences des préposés des unités de retraitement, l'équipe des gestionnaires du CHU de Québec prépare actuellement un plan de formation en continu et a développé un questionnaire qu'elle a déjà fait passer à ses 162 préposés. Les gestionnaires souhaitent l'administrer deux fois l'an afin de maintenir les connaissances de ses équipes à jour. Il convient de les féliciter pour cette initiative appréciée de tous.

Les équipes ont le loisir de postuler pour un poste dans un autre URDM du CHU de Québec et les employés apprécient cette flexibilité et cette mobilité intersites.

La gouverne des URDM rencontrée est remarquable et se fait dans un esprit de collégialité rigoureuse pour le bien et pour la sécurité de la clientèle.

L'amélioration de la qualité est bien présente, mais nécessite la collaboration et parfois des ajouts financiers pour certains collaborateurs. À ce titre, la réduction des incidents rattachés aux intégrateurs chimiques manquants pourrait bénéficier d'un plan d'action à brève échéance.

La régulation des conditions ambiantes, avec le soutien de la direction technique du bâtiment, doit inclure celle de la qualité de l'eau, de la ventilation, de la température, de l'humidité et de l'éclairage. Cette information doit être disponible pour suivi au sein des URDM.

Le rayonnement des équipes des URDM mérite d'être souligné et renforcé à l'interne.

Enfin, les gestionnaires des URDM sont invités à réviser et à harmoniser la procédure sur le port des équipements de protection individuelle (ÉPI) et à poursuivre la rédaction des Procédures opérationnelles normalisées manquantes.

Hôpital de l'Enfant-Jésus :

L'équipe de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus est dynamique et fière de ce qu'elle fait. Elle est en voie de stabilisation en raison de l'embauche de nouvelles personnes au cours de la dernière année. Le programme de formation est bien structuré et flexible dans la mesure où la durée peut être prolongée suivant les acquis de la personne. Des formateurs chevronnés ont été identifiés afin d'assurer le transfert des connaissances auprès des nouvelles recrues.

L'environnement, exigü, a atteint sa capacité maximale au niveau de l'équipement et de l'espace de circulation. Les chariots des différents plateaux représentent un défi, car ils sont gros et leur amoncellement durant la journée prend tout l'espace disponible. On doit les entreposer dans un corridor prévu à cette fin afin de conserver le maximum d'espace pour les processus de lavage et de stérilisation.

Les procédures opérationnelles (PON) sont à jour pour la majorité, ce qui représente une belle addition depuis la dernière visite de l'équipe d'Agrément Canada. La consultation des PON est à renforcer auprès des équipes, particulièrement de soir et de fin de semaine. Pendant le jour, il y a des chefs d'équipe, un agent de prévention et lorsque les équipes ont des questions, on y répond rapidement sans nécessairement se référer aux PON.

Ce qui retient l'attention c'est la grande volonté d'optimiser les processus de retraitement des dispositifs médicaux. En fait, l'équipe a le soutien de techniciens en logistique qui font depuis bientôt une année, des tâches d'entreposage, d'inventaire et de réapprovisionnement au niveau du secteur de l'URDM. Les préposés de l'URDM étant dégagés de ces tâches peuvent se consacrer davantage aux activités de retraitement, principale raison d'être du service. Bravo pour cette initiative d'optimisation de processus qui s'étend également aux autres URDM. Aussi, des préposés à la prévention commencent de nouvelles fonctions de soutien en amélioration de la qualité. Ce nouveau rôle est en voie d'être défini et l'équipe est invitée à diffuser ces initiatives porteuse et collaborative dans l'établissement.

Le suivi des dates d'expiration et des registres liés aux laveurs, décontamineurs doivent être maintenu à jour en tout temps.

Hôtel-Dieu de Québec :

Une équipe formée et qui a accès à la formation de manière régulière. Les préposés au retraitement aiment leur environnement de travail et souhaitent poursuivre encore longtemps.

Il y a un judicieux mélange d'expertise et de personnes qui ont moins d'années d'expérience. La charge de travail est adéquate et l'équipe souhaite qu'on valorise davantage le travail fait dans une unité de retraitement afin de demeurer attractif et de sensibiliser les équipes à l'importance de leur rôle.

Les procédures opératoires normalisées sont disponibles et le personnel a accès à de l'orientation lors de l'arrivée dans le service. D'ailleurs, l'équipe est reconnue pour assurer la formation des nouvelles embauches et le taux de rétention est bon.

Les conditions environnantes méritent l'attention. Bien entendu, des rapports de système sont acheminés au chef par les services techniques chaque jour, mais ils n'ont pas accès aux valeurs de référence en ce qui concerne la température idéale. Dans certaines pièces, la température est à 22C, dans d'autres à 20C et d'autres à 21.5C. Aussi, nous encourageons l'équipe à l'intégration des membres du service de santé et sécurité au travail afin de s'assurer que le personnel travaille dans des conditions qui ne mettent pas leur santé à risque. À titre d'exemple, dans les salles de lavage des endoscopes, l'utilisation d'enzyme et de savon de lavage dégage une odeur importante qui doit être documentée.

Hôpital Saint-François d'Assise :

Équipe intéressée et dédiée. Près de 50 % des membres du personnel sont de nouvelles recrues. Il faut mentionner que des départs à la retraite et plusieurs départs en lien avec une situation unique d'employés ont créé un grand vide au cours de la dernière année. Toutefois, les personnes rencontrées sont contentes de travailler à l'unité de retraitement et apprécient le soutien qui leur est offert en ce qui concerne la gestion et la formation.

L'équipe de gestion est encouragée à réfléchir au soutien à déployer afin de rendre le milieu davantage attractif. Les services de soutien, tels que la santé et la sécurité au travail, la prévention et le contrôle des infections et la qualité sont des impératifs nécessaires pour soutenir le milieu et le rendre attractif et sécuritaire.

L'équipe est invitée à voir à la possibilité de dédier un ascenseur ou d'identifier toute autre solution de contingence à l'unité de retraitement ou simplement identifier une solution qui empêche un chariot de matériel propre ou stérilisé de se retrouver avec des poubelles ou du matériel souillé. Le croisement souillé/propre y est assez évident dans et autour des ascenseurs.

La propreté des lieux mérite l'attention. Les planchers à l'intérieur de l'URDM sont glissants, en raison de l'eau qui peut se retrouver sur le plancher et dans les lieux de désinfection et la propreté est questionnable. Également, l'encombrement du corridor extérieur à l'unité de retraitement fait penser être au sous-sol près d'un dépôt de débarras.

L'équipement est utilisé au maximum de sa capacité et semble déficient pour répondre aux besoins élevés de stérilisation. Lors du passage des visiteurs, plusieurs chariots étaient en attente de lavage, car les laveurs ne suffisaient pas. Il ne semble pas y avoir eu d'investissement important depuis longtemps et l'équipe est invitée à voir dans quelle mesure des ajustements peuvent être réalisés.

Les équipes utilisent les procédures opérationnelles normalisées, mais ont encore besoin de temps pour s'y adapter.

Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) :

L'unité de retraitement des dispositifs médicaux est propre et munie d'équipement ergonomique pour l'endoscopie. Toutefois, il est noté que les planchers pour se rendre à l'URDM ont une propreté discutable.

Une nouvelle gouverne s'est mise en place depuis près de 2 ans et il est remarquable de constater la cohésion d'équipe créée en si peu de temps. Beaucoup d'écoute et une emprise sur la résolution des problématiques ont fait en sorte que l'équipe est fière de travailler à l'URDM du CHUL. Également, une nouvelle chef d'équipe est disponible et efficace quant au suivi des diverses demandes qui lui sont adressées. Le personnel décrit son plaisir à venir travailler le matin et de voir que les problèmes portés à l'attention du chef sont résolus rapidement.

Afin de renforcer la communication au sein de l'équipe, le chef a mis à leur disposition une adresse courriel générique. Tous la consultent et sont au fait des derniers développements et mises à jour. Il n'y a pratiquement aucun papier utilisé au sein de l'URDM. L'équipe est félicitée pour cette initiative.

Les équipes ont accès à la formation adéquate et souhaitent continuer d'en recevoir davantage. Un élément à renforcer concerne la formation dispensée par les compagnies lors de l'introduction de nouvelles technologies. Il serait pertinent de prévoir dans les appels d'offres différents moments de formation et de rappel du fonctionnement des appareils. Lorsque la compagnie ne se présente qu'une seule fois, il est possible que cela soit insuffisant. La procédure de pré-lavage des instruments mérite d'être documentée et diffusée aux secteurs concernés.

Une attention devrait être apportée à tout ce qui concerne les conditions ambiantes à l'URDM. Des preuves de la vérification des conduites de ventilation, de la température, des taux d'humidité doivent être

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

| Numéro du critère | Description du critère  | Type de critère |
|-------------------|---|-----------------|
| 9.1.2             | Les gestionnaires de l'établissement recueillent annuellement l'information sur les services de retraitement des dispositifs médicaux offerts et celle sur leur utilisation par les différents secteurs de l'établissement. | Priorité élevée |

| Numéro du critère | Description du critère   | Type de critère |
|-------------------|--|-----------------|
| 9.3.8             | L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur l'identification du risque d'une contamination ou d'une infection à prion.  | Priorité élevée |
| 9.3.22            | L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la manipulation, la distribution et le transport des dispositifs médicaux stériles.  | Priorité élevée |
| 9.4.2             | Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres. | Priorité élevée |
| 9.4.3             | Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'équipe a accès aux équipements et fournitures d'hygiène des mains dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux (incluant les entrées et les sorties).  | Priorité élevée |
| 9.4.9             | L'équipe s'assure que les conditions ambiantes appropriées sont maintenues dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux incluant les zones d'entreposage.   | Priorité élevée |
| 9.4.10            | L'équipe s'assure que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est propre et bien entretenue.  | Priorité élevée |



## Gestion du circuit du médicament

### Évaluation du chapitre : 97,9 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

La semaine de visite a commencé avec une partie de l'équipe de gestion du département de pharmacie. Il convient de les remercier pour leur disponibilité et leur ouverture aux échanges intéressants et pertinents.

Au courant de la semaine, la gestion du Circuit du médicament a été parcourue en visitant les emplacements suivants :

- Hôpital de l'Enfant-Jésus
- Plateforme Clinico-Logistique (PCL)
- Hôpital Saint-François d'Assise
- Centre Hospitalier de l'Université Laval (CHUL) et CIC
- Hôpital Saint-Sacrement

Il convient également de remercier toutes les personnes rencontrées ou croisées qui étaient très accueillantes et sensibles à la visite d'Agrément Canada.

On peut noter rapidement une structure de gouvernance bien organisée et solide au niveau de la gestion du circuit du médicament. Les rôles sont clairement définis, ce qui aide grandement aux suivis des différents dossiers.

La PCL est assez unique en soi comme installation. Il ne s'agit pas juste d'une question de bâtiment, mais au niveau fonctionnel, tout semble se dérouler sans trop de problèmes. La pharmacie PCL se compose principalement de 3 sous équipes : distribution centralisée automatisée des médicaments (plusieurs types de médicaments, dont les oraux), pilotage du système d'information de pharmacie et autres systèmes utilisés pour la gestion des médicaments ainsi que l'approvisionnement des médicaments.

De même, le Centre Intégré de Cancer (CIC) constitue un milieu de traitement intéressant. Malgré le volume de traitements qui s'y donnent, on s'y sent assez paisible. Tout le processus de gestion du Circuit du médicament est clair et est suivi de façon rigoureuse.

Le Nouveau Complexe Hospitalier (NCH) est attendu dans quelques années. D'ici là, des projets en cours et à venir ne manquent pas. Des efforts de rénovation ont déjà été faits durant les dernières années. Néanmoins, certaines installations-secteurs mériteraient un peu plus d'entretien, notamment la pharmacie de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et certaines unités de soins qui ont pu être visitées (Hôpital de l'Enfant-Jésus ou autres).

Au niveau technologique pour la gestion du Circuit du médicament (ex. robots, cabinets automatisés de distribution des médicaments), les installations sont assez bien garnies pour optimiser la distribution et le contrôle des inventaires des médicaments, dont les opiacés.

L'implantation des feuilles d'administration des médicaments électroniques (FADMé) vient de débiter. L'établissement est encouragé à maintenir ou même à accélérer le plan de déploiement prévu, dans la mesure du possible.

En attendant un système provincial, les travaux du projet de prescripteur électronique sont en cours.

Il a été possible d'assister à une salle de pilotage des services pharmaceutiques qui regroupe une bonne partie des pharmaciens gestionnaires du département de pharmacie. Les responsables des dossiers ont fait une mise à jour des projets en cours, surtout lorsqu'il y a des points à discuter (consultations, escalades) avec d'autres gestionnaires.

L'établissement a des pratiques innovantes qui méritent d'être soulignées; par exemple, le pharmacien de l'unité orthopédique s'occupe du bilan comparatif des médicaments (BCM) avant le départ des usagers. Les assistants techniques ont la charge de faire les liens avec les partenaires externes pour les traitements des antibiotiques à domicile.

Lors de la visite, les preuves écrites démontrent que l'établissement offre de la formation en lien avec la sécurité et le bilan comparatif des médicaments. La traçabilité des attestations de participation est partielle. Pour les infirmières, le rapport de la plate-forme ENA indique que moins de 90 inscriptions ont eu lieu depuis 2019. Dans un contexte où l'établissement vit un important roulement dans l'embauche de nouvelles infirmières, il est vivement encouragé à assurer que l'offre de formation soit systématisée dans les semaines suivant l'orientation et que les attestations soient comptabilisées.

Au moment de la visite, les preuves écrites déposées attestent qu'une formation est disponible pour les 1 500 médecins. Le CHU de Québec est encouragé à s'assurer que les moyens stratégiques sont en place (formation accréditée, utilisation d'un identifiant organisationnel, plate-forme de formation médicale) pour attester de la participation des médecins. Le travail de l'établissement est à saluer sur les formations obligatoires aux résidents/externes en médecine ainsi qu'aux résidents en pharmacie. Les résidents de 4e année reçoivent une formation obligatoire sur le BCM directement de l'Université Laval.

Mis à part des éléments déjà nommés ci-dessus, il reste certes des points à améliorer ou à consolider, comme s'assurer que les équipements utilisés sont optimaux et respectent les normes en place, par exemple, la gestion des réfrigérateurs des unités de soins.

La culture des audits devrait être renforcée afin de bien planifier les suivis sur les choses mises en place et pouvoir y apporter des améliorations, au besoin.

L'intégration des usagers ou leur famille à certains comités interdisciplinaires pourraient aussi être bénéfiques.

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

| Numéro du critère | Description du critère   | Type de critère |
|-------------------|--|-----------------|
| 10.1.2            | Le comité interdisciplinaire comprend des représentants de divers services et au moins un représentant des usagers qui participent à la gestion du circuit du médicament.                              | Priorité élevée |
| 10.5.2            | L'équipe de pharmacie s'assure que les conditions d'entreposage des médicaments sont respectées.   | Priorité élevée |
| 10.6.2            | Le comité interdisciplinaire rend disponible aux équipes cliniques des outils d'aide à la décision pour favoriser la transition d'une thérapie intraveineuse à celle par voie orale en temps opportun. | Priorité élevée |

## Aperçu de l'amélioration de la qualité

La culture de la qualité est enracinée dans l'ensemble de l'organisation. Le système de gestion de l'amélioration repose sur des outils robustes, des mécanismes de suivi systématique et une vaste expérience des méthodes d'optimisation des processus en santé. Les missions d'enseignement, de recherche et d'évaluation du CHU de Québec l'amènent à innover pour l'avenir. L'établissement a une lecture réaliste du contexte actuel et de son environnement. La transformation du CHU de Québec est en marche : de la modernisation des installations à la refonte des processus RH, approvisionnement et financiers, en passant par l'amélioration de l'efficacité clinique et les gains d'agilité technologique. Le CHU de Québec peut compter sur le leadership mobilisateur de l'équipe de direction et le dévouement du personnel aux soins des usagers.

La formulation SMART des objectifs du plan biennal 2023-2025 est à saluer. Elle permet de créer une compréhension commune et mesurée des attentes. La déclinaison des attentes chiffrées dans les salles de pilotage est structurante. L'établissement est encouragé à communiquer largement et fréquemment ces objectifs aux équipes terrain, aux usagers et aux partenaires.