



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport de visite

---

## CHU de Québec-Université Laval

Québec, QC

**Séquence 3**

Dates de la visite d'agrément : 28 novembre au 3 décembre 2021

Date de production du rapport : 28 janvier 2022

## Au sujet du rapport

CHU 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 2021. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

## Confidentialité

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

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

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

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	18
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>23</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>24</b>
Résultats pour les manuels d'évaluation	25
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	25
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	26
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	29
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	31
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	32
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	33
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	35
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	36
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	37
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	39
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	41
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)	45
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation	46
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	47
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	49
Ensemble de normes : Télésanté	49
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>51</b>

## Sommaire

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

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issue du cycle de 5 ans.

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

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

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 28 novembre au 3 décembre 2021**

- **Emplacements**

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

1. Centre hospitalier de l'Université Laval
2. Hôpital de l'Enfant-Jésus
3. Hôpital du Saint-Sacrement
4. Hôpital Saint-François d'Assise
5. L'Hôtel-Dieu de Québec

- **Manuels d'évaluation**

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

1. Santé physique

- **Normes**

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

1. Télésanté

## Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	3	0	0	3
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	78	6	0	84
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	504	25	0	529
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	14	0	0	14
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	440	9	16	465
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	62	3	0	65
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	377	11	4	392
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	29	0	1	30
<b>Total</b>	<b>1507</b>	<b>54</b>	<b>21</b>	<b>1582</b>

## Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

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

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

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

L'information contenue dans le tableau fait état des manuels d'évaluation qui ont servi à évaluer l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
<b>Santé physique</b>									
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	88 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	42 (82,4%)	9 (17,6%)	0	62 (92,5%)	5 (7,5%)	5	104 (88,1%)	14 (11,9%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	38 (92,7%)	3 (7,3%)	0	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	86 (96,6%)	3 (3,4%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	43 (97,7%)	1 (2,3%)	0	62 (100,0%)	0 (0,0%)	6	105 (99,1%)	1 (0,9%)	6

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	43 (100,0%)	0 (0,0%)	0	50 (100,0%)	0 (0,0%)	0	93 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	37 (97,4%)	1 (2,6%)	0	50 (100,0%)	0 (0,0%)	0	87 (98,9%)	1 (1,1%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	76 (100,0%)	0 (0,0%)	0	85 (100,0%)	0 (0,0%)	0	161 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	26 (92,9%)	2 (7,1%)	0	59 (98,3%)	1 (1,7%)	0	85 (96,6%)	3 (3,4%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	73 (89,0%)	9 (11,0%)	0	59 (100,0%)	0 (0,0%)	5	132 (93,6%)	9 (6,4%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	29 (100,0%)	0 (0,0%)	0	42 (100,0%)	0 (0,0%)	0	71 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	71 (92,2%)	6 (7,8%)	0	48 (84,2%)	9 (15,8%)	5	119 (88,8%)	15 (11,2%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)	46 (100,0%)	0 (0,0%)	0	68 (100,0%)	0 (0,0%)	0	114 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation	58 (100,0%)	0 (0,0%)	0	53 (100,0%)	0 (0,0%)	0	111 (100,0%)	0 (0,0%)	0

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0	16 (100,0%)	0 (0,0%)	0
<b>Total</b>	625 (95,3%)	31 (4,7%)	0	747 (98,0%)	15 (2,0%)	21	1372 (96,8%)	46 (3,2%)	21
<b>Télesanté</b>									
Ensemble de normes : Télesanté	21 (100,0%)	0 (0,0%)	0	30 (93,8%)	2 (6,3%)	0	51 (96,2%)	2 (3,8%)	0
<b>Total</b>	21 (100,0%)	0 (0,0%)	0	30 (93,8%)	2 (6,3%)	0	51 (96,2%)	2 (3,8%)	0
<b>Total</b>	646 (95,4%)	31 (4,6%)	0	777 (97,9%)	17 (2,1%)	21	1423 (96,7%)	48 (3,3%)	21

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

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	0 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	1 sur 4

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 5
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	5 sur 5
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	6 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur)	Conforme	8 sur 8
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	1 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	3 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	3 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	3 sur 3

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

### EXCELLENCE DES SERVICES – SANTÉ PHYSIQUE

Durant les derniers mois, la pandémie de COVID-19 a eu un impact sur les cinq hôpitaux du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec. Toutes les équipes de l'ensemble des directions se sont mises en action pour répondre à cette situation inédite. Des transformations d'unités, la formation accélérée du personnel, l'embauche de personnel, la gestion et le contrôle des infections sont des exemples qui démontrent le leadership organisationnel et la volonté des équipes à relever ce défi majeur. La culture de sécurité, la présence des patients partenaires sont des éléments qui sont garants de qualité de soins et services. Beaucoup de projets ont été réalisés ou sont en voie de le devenir afin de soutenir les intervenants pour une pratique professionnelle dans un environnement sécuritaire.

### NORME TÉLÉSANTÉ

Bien que la télésanté soit une pratique utilisée depuis plusieurs années, celle-ci a subi une recrudescence importante de son niveau d'activité à la suite des débuts de la pandémie. Une jeune équipe de gestion très dynamique et innovante dont font partie le pilote clinique et le pilote technologique est au centre des activités. Le centre de coordination en télésanté affilié accompagne et appuie les projets déployés sur les différents sites de l'établissement. Les membres de l'équipe s'assurent de la prise en charge des différents projets de développement prioritaires et en assurent l'efficacité ainsi qu'une gestion efficace des risques. Un comité tactique local en télésanté a récemment été mis sur pieds. Des activités d'amélioration de la qualité sont en cours incluant un sondage portant sur la satisfaction des usagers. Ces résultats viendront bientôt alimenter le plan stratégique actuellement en développement. Les récentes activités de télésanté ont fortement contribué à améliorer l'accès aux soins et services pour les usagers. Ces efforts ont permis la continuité des services et facilité l'adhérence des usagers aux plans de traitements. Des activités telles la téléinterprétation, la téléexpertise, le mentorat, la formation et la téléconsultation font partie de l'offre de service courante. Un usager partenaire est intégré à même le comité tactique local et bénéficie de l'appui du comité consultatif des usagers de l'établissement. Les principaux défis rencontrés sont en lien avec les limites technologiques, le besoin d'instrumentation des secteurs cliniques spécialisés, les besoins de formation, le support informatique et la décentralisation présente des rendez-vous.

### SERVICES D'ONCOLOGIE

Les visites effectuées ont permis de bien observer la fluidité et la continuité de l'ensemble de la trajectoire de la clientèle en oncologie. Il a été possible d'apprécier l'excellence des soins et services au sein de cette dernière. La conformité à l'ensemble des critères et des pratiques organisationnelles requises en témoigne, dont les plus hauts taux de conformité à la pratique de l'hygiène des mains. Le travail en interdisciplinarité est remarquable. Le souci de répondre aux besoins particuliers de la clientèle est omniprésent.

#### SERVICES DE SOINS PALLIATIFS

L'équipe interdisciplinaire est engagée afin d'offrir des soins et des services personnalisés et empreints d'empathie pour l'utilisateur, sa famille et ses proches. Il convient également de souligner l'observation exceptionnelle d'un grand respect pour les demandes spécifiques des usagers et des familles. La cogestion médicale est présente et il a été noté que l'uniformisation des soins et services dans les cinq établissements est souhaitable afin d'offrir les mêmes services sur l'ensemble du territoire. Des intervenants spéciaux en soins palliatifs et soins spirituels sont disponibles pour les usagers, familles et professionnels. Le salon de famille intérieur et extérieur pour les patients qui choisissent l'aide médicale à mourir à l'Hôpital Saint-François d'Assise est aménagé avec délicatesse pour offrir un environnement calme et chaleureux.

#### SERVICES DES URGENCES

Il convient de féliciter les équipes du service des urgences pour les efforts déployés en période de pandémie dans un contexte de pénurie importante des ressources. Bien que le modèle de cogestion soit implanté dans l'organisation, deux services des urgences de la région se trouvent dépourvus de médecin-chef d'urgence à la suite de leur démission. L'établissement doit prendre en compte des raisons ayant motivé le départ et voir à combler rapidement les postes. Dans le cadre de la trajectoire en santé mentale, il est recommandé à l'établissement de poursuivre une démarche Lean permettant d'assurer une plus grande fluidité de cette clientèle entre le CHU de Québec et le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale.

#### SERVICES DES SOINS AMBULATOIRES

Des équipes expérimentées et très engagées pour une prestation de soins et services fluide sont en place dans l'ensemble des cliniques ambulatoires visitées. La gestion et la priorisation des rendez-vous sont optimisées. La qualité des soins est diffuse dans l'ensemble des soins et services ambulatoires. Les professionnels rencontrés soulignent leur sentiment d'appartenance pour leur secteur de travail. La propreté des lieux est remarquable malgré certains secteurs très achalandés. Le Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO) mérite une attention particulière afin de se prévaloir d'un Centre d'excellence clinique. Quelques pistes d'amélioration ont été notées au niveau de l'environnement physique de certaines qui sont utilisées pour des chirurgies mineures.

#### CHEMINEMENT DE L'USAGER

L'ensemble des directions de l'établissement ont fait du cheminement de l'utilisateur une priorité organisationnelle qui est suivie en salle de pilotage à différent niveau stratégique, tactique et opérationnel. La conjoncture de la pandémie est venue fragiliser grandement la fluidité dans plusieurs secteurs découlant des facteurs suivants : la pénurie de professionnels, notamment en soins infirmiers, la fermeture de lits en grand nombre, ainsi que le haut taux d'utilisateurs en fin de soins actifs/niveau de soins alternatifs (NSA). La coordination interrégionale est présente afin de moduler la pression entre les différents hôpitaux. Des tableaux de bord et le suivi de nombreux indicateurs permettent de mesurer l'état d'avancement et de poser les actions appropriées.

### SERVICES/UNITÉS D'HOSPITALISATIONS

Les unités d'hospitalisation visitées permettent de confirmer que l'interdisciplinarité est au rendez-vous. Minimale une fois par semaine, les professionnels se rencontrent pour déterminer les meilleurs soins et services possibles à offrir aux usagers. Les infirmières de liaison, partenaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale, sont fort actives pour faciliter les suivis des usagers lors des congés et diminuer ainsi la durée moyenne de séjour. Les espaces de rangement peu nombreux encombrant parfois certains secteurs pouvant mettre en jeu la sécurité des personnes y circulant. De plus, les zones propres et souillées sont rarement distinctes les unes des autres, aussi faute d'espace. Il est important de souligner les commentaires plus que favorables et très rassurants obtenus de tous les usagers et familles rencontrés concernant les informations obtenues, l'attitude de toutes les personnes qui les côtoient et les soins reçus en toute sécurité.

### SERVICES D'IMAGERIE MÉDICALE

Les services d'imagerie médicale et de médecine nucléaire ont été visités sur les différents sites incluant le Centre hospitalier de l'Université Laval, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, l'Hôpital du Saint-Sacrement, l'Hôpital Saint-François d'Assise et l'Hôtel-Dieu de Québec. Les équipes rencontrées sont très soucieuses de la qualité de leur travail et fières de contribuer à travers les différentes initiatives dans leur service. Il convient de souligner la satisfaction exprimée par les usagers rencontrés pendant la visite face aux services et soins reçus. Plusieurs améliorations majeures ont été apportées aux installations physiques incluant un grand nombre de chantiers en cours. Plusieurs rehaussements importants du parc des équipements ont soit été réalisés ou sont en voie de l'être. Un bon nombre de documents et guides de référence ont été rédigés avec un très haut niveau de qualité. De nombreux projets d'amélioration de la qualité et des risques ont été réalisés. Parmi les défis, certaines installations présentent des non-conformités. L'ajout de hottes à flux laminaires dans les secteurs de la médecine nucléaire et d'accès pour personnes à mobilité réduite est recommandé. Une préoccupation est présente face à la difficulté de recrutement dans certains secteurs.

### SERVICES DE NÉONATOLOGIE

L'unité de néonatalogie du CHU de Québec fait partie des quatre grands centres de néonatalogie au Québec. Son offre de service de niveau 3C est suprarégionale pour l'ouest du Québec. Il faut souligner l'excellent travail de l'équipe qui a développé des stratégies pour maintenir le lien parental avec le nouveau-né durant les périodes critiques de pandémie. L'établissement en collaboration avec l'équipe doit poursuivre l'analyse de la demande sur l'offre de service actuelle dans un contexte de croissance.

### SERVICES DE PÉDIATRIE

La famille est au cœur des préoccupations en pédiatrie. La communication interdisciplinaire demeure un enjeu puisque le plan d'intervention interdisciplinaire n'est pas implanté. Il serait opportun d'harmoniser une coordination quotidienne des informations recueillies des notes manuscrites et numérisées pour assurer la consolidation du suivi clinique. Dans le cas des usagers en pédiatrie ou des jeunes, la planification de la transition vers des soins aux adultes doit faire partie des engagements de l'établissement pour les prochaines années.

### SERVICES INTERVENTIONNELS ET PÉRICHIRURGICAUX

L'établissement présente de nombreux atouts favorisant des soins sécuritaires et de qualité pour les usagers et les familles si ce n'est du temps d'arrêt opératoire plus ou moins respecté et du faible respect de la vie privée pour la clientèle de chirurgie d'un jour (selon les centres, espace restreint pour le nombre élevé de personnes présentes).

Le défi de l'établissement est de maintenir la rétention et le renouvellement des ressources humaines, d'assurer des espaces de travail de dimension, de propreté et de ventilation optimales pour assurer des soins sécuritaires et de qualité.

En préopératoire et en préadmission, la clientèle de chirurgie arrive directement au bloc opératoire le matin de la chirurgie, les vérifications se font sur place; toutefois, les visiteurs n'ont pas été en mesure d'observer ce processus.

La clinique préopératoire est actuellement dans des lieux temporaires en raison de la COVID; étant très exiguë, la confidentialité est à risque. Cette situation sera, toutefois, sera réglée lors du retour à l'emplacement d'origine qui a servi pour les soins intensifs COVID. Il n'y a pas d'audits sur l'hygiène des mains dans ce secteur, et ce, malgré une demande auprès des responsables de l'équipe de prévention et de contrôle des infections (PCI).

Au bloc opératoire, la coordonnatrice en place depuis moins d'un an, possède un leadership d'expertise qui est sécurisant. La cogestionnaire médicale est présente et joue son rôle. Le médecin en place affirme qu'une transformation s'opère véritablement avec l'arrivée de la nouvelle coordonnatrice. La gestion de l'hygiène et de la salubrité des salles, tant entre chaque intervention qu'en fin de programme opératoire, est assumée par les préposés aux bénéficiaires (PAB) et les assistants techniques aux soins de la santé (ATSS) qui ont reçu une formation pratique sur place par une préposée aux bénéficiaires expérimentée; une réflexion est en cours sur ce mode de fonctionnement. La température des réfrigérateurs est à surveiller.

### SERVICES DE SOINS CRITIQUES

L'établissement possède une approche favorisant la sécurité et la qualité des soins dispensés aux usagers et familles grâce à la mise en place d'une équipe multidisciplinaire dynamique, dévouée et des services techniques à la hauteur du mandat. L'établissement est encouragé à garder les portes des aires souillées fermées en tout temps, à s'assurer de l'hygiène des mains lors de l'utilisation du chariot sécurisé à médicaments, à assurer le transport du matériel contaminé par des ascenseurs de service. Le seul point d'amélioration pour ce service est l'absence de plan d'interventions interdisciplinaires « écrit »; toutefois, le tout est fait verbalement lors du caucus chaque matin en présence de l'intensiviste et des résidents. Beaucoup d'alertes visuelles pour la médication d'alerte élevée. Malgré des enjeux de main-d'œuvre, la gestion de ce secteur est excellente. Là aussi, on trouve une gestionnaire nouvellement nommée à son premier mandat de gestion, mais clinicienne solide.

#### SERVICES DE TRANSPLANTATION

La trajectoire de soins et services, soutenue par une équipe de médecins spécialistes ainsi qu'une équipe interdisciplinaire est de haut niveau. L'ensemble des critères évalués pour cette norme ont été respectés. Les suivis cliniques avant et après les greffes sont assidus et appréciés des usagers.

#### SERVICES DE DONS D'ORGANES – DONNEURS VIVANTS

Tous les critères de cette norme sont respectés. Les équipes médicales et interdisciplinaires sont très engagées envers leur clientèle. De nombreux échanges ont permis de constater le haut niveau d'excellence ainsi qu'un haut niveau de satisfaction de la clientèle offrant l'un de ses reins en vue d'une transplantation. Les suivis cliniques sont complexes et sont assurés de manière impeccable.

## Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et le chapitre du manuel d'évaluation dans lequel il se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b> Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.35</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.35</li> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.29</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>	
<p><b>Prévenir la congestion au service des urgences</b> Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.98</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>	
<p><b>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains</b> La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux 9.2.1</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Prévention du suicide</b> Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.55</li> </ul>

## Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

## Résultats pour les manuels d'évaluation

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>	

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

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>

Les équipes rencontrées sont très dynamiques et travaillent en collaboration afin d'améliorer la qualité des soins et des services. Le CHU de Québec-Université Laval doit être fier de réaliser sa mission, laquelle permet de rejoindre plus de 2 millions de personnes et s'appuie sur quatre piliers: la recherche, les soins, l'enseignement et l'évaluation.

Le plan annuel 2020-2022 définit quatre priorités organisationnelles : 1. L'accès aux soins et aux services; 2. Les meilleures pratiques au quotidien; 3. La santé et le mieux-être au travail; 4. Le façonnement du CHU de demain. Ce plan s'appuie sur une vision bien définie, des valeurs puissantes, tels l'humanisme, l'excellence, l'innovation et la collaboration.

Chacun des sites a des axes et des spécialités spécifiques. À titre d'exemple seulement, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus offre des soins spécialisés et ultraspecialisés tels que les soins aux grands brûlés, les soins aux blessés médullaires, l'hémato-oncologie, les neurosciences, la recherche, la traumatologie, les évacuations aériennes au Québec et les services d'urgence. Toutes les activités qui en découlent sont des expertises de pointe.

La construction du nouveau complexe hospitalier (NCH) est un projet rassembleur pour toutes les équipes. Différentes phases de prise de possession des lieux sont à venir d'ici la fin de la décennie. Cet environnement permettra une amélioration significative de l'offre clinique.

Une préoccupation demeure, soit celle de maintenir une adéquation entre la disponibilité suffisante de main-d'œuvre (capital humain) en fonction des services à offrir à la population desservie, laquelle est de plus en plus vieillissante. Afin d'atténuer les risques, d'importantes stratégies sont déployées afin de favoriser l'attraction et la fidélisation du personnel.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 2 - Services des urgences</b>	
2.1.7 Les obstacles qui empêchent les usagers, les familles, les prestataires et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder au service des urgences sont cernés et éliminés avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1.11 La planification des congés est effectuée avec d'autres services et programmes de soins de santé et elle comprend l'information au sujet des acheminements.	
2.1.12 Des protocoles sont en place pour déterminer et gérer les périodes de congestion et d'afflux massif au service des urgences.	!
2.1.13 Des protocoles pour déplacer les usagers ailleurs dans l'organisme pendant les périodes de congestion sont suivis par l'équipe.	!
2.1.14 Les protocoles établis pour la gestion des cas sont suivis lorsque les lits d'hospitalisation ne sont pas disponibles.	
2.1.16 Les entrées du service des urgences sont clairement indiquées et accessibles.	!
2.1.17 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.	!
2.1.20 La vie privée des usagers est respectée pendant l'admission.	
2.1.45 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.	
2.1.47 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
2.1.48 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
2.1.55 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 2.1.55.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.	

2.1.55.2	Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	
2.1.98	Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.	
2.1.98.1	Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.	
2.1.98.6	Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers.	
2.2.5	Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.	
2.2.7	Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.	
2.3.16	Chaque usager est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.	

### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 2 - Services des urgences

Il convient de féliciter les équipes des services d'urgence pour les efforts déployés en période de pandémie. L'aménagement de zones froides, tièdes et chaudes, dès l'arrivée de l'utilisateur, dans les secteurs de réanimation et d'observations, a permis de maintenir une sécurité optimale. Des pratiques sécuritaires ont été mises en place, et ce, malgré l'exiguïté des espaces.

L'engagement des équipes d'urgence à offrir des services de qualité à la population a été constaté. Dans un contexte où le manque de ressources impacte de façon majeure la qualité de vie du personnel, l'établissement est encouragé à poursuivre des actions permettant de combler les plans de main-d'œuvre. Les gestionnaires sont invités à poursuivre le programme de reconnaissance et d'appréciation individuelle de leurs employés.

Concernant l'aménagement des salles d'urgence, les services des urgences de l'Hôpital Saint-François d'Assise (SFA) et de l'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ) méritent une revue des processus dans la gestion des fournitures et l'engorgement des corridors affectant la sécurité du personnel et des usagers. Un chariot non sécurisé de médicaments à niveau d'alerte élevé et sans surveillance a été observé dans un des services des urgences.

Bien que le modèle de cogestion soit implanté dans l'établissement, deux services des urgences de la région se trouvent dépourvus de médecin-chef d'urgence à la suite de leur démission. L'établissement doit prendre en compte les raisons ayant motivé le départ et voir à pourvoir rapidement les postes.

En ce qui concerne la trajectoire en santé mentale, il est recommandé à l'établissement de poursuivre une démarche Lean permettant d'assurer une plus grande fluidité de cette clientèle entre le CHU de Québec et le CIUSSS de la Capitale-Nationale. Une démarche de consolidation des acquis en santé mentale et sur le risque suicidaire pour le personnel des urgences est fortement recommandée.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation</b>	
3.1.20 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
3.1.35 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1.35.1 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.</li> <li>3.1.35.2 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</li> <li>3.1.35.3 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</li> <li>3.1.35.4 L'utilisateur, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.</li> </ul>	
3.2.4 Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.	!
3.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.	!
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation</b>	

Dans l'ensemble de la visite, on constate que les équipes se relèvent tranquillement de la pandémie qui a durement frappé. Les aménagements « COVID » sont toujours présents et la crainte de récurrence est perceptible. La résilience avec laquelle les équipes se sont ajustées à de nouvelles façons de faire est

remarquable. Cependant, un ajustement réalisé pendant cette période concernant la disposition de certaines documentations cliniques pourrait être revu afin de maximiser la protection des données nominatives.

La conformité à l'ensemble des critères est respectée, sauf concernant le consentement de l'utilisateur qui n'est pas toujours consigné au dossier, notamment à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Quant au meilleur schéma thérapeutique possible, la conformité est variable puisque le processus est en cours de déploiement et que la formation est prévue au printemps 2022. Néanmoins, lors du congé, l'utilisateur reçoit une liste à jour des médicaments qu'il doit prendre ainsi que les explications relatives à cette dernière. Cette liste est aussi transmise à la pharmacie communautaire et aux partenaires requis. L'intégration des infirmières de liaison du CIUSSS de la Capitale-Nationale au sein des unités d'hospitalisation apporte un impact significatif sur la planification du congé et la continuité des services.

Le système de gestion implanté au sein de l'établissement percole bien jusqu'aux opérations. Des stations visuelles sont présentes, les pratiques des « scrum » et du caucus sont bien implantées et la culture de la mesure est visible. Une importance est accordée au suivi de la pratique de l'hygiène des mains et l'établissement est encouragé à poursuivre l'intégration du suivi des autres risques possibles par rapport à la qualité des soins et services.

Les équipes interdisciplinaires sont très présentes et travaillent en maximisant l'apport de l'utilisateur et de ses proches.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 4 - Services de soins critiques</b>	
4.1.46 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!

### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 4 - Services de soins critiques

L'établissement possède une approche favorable à la sécurité et à la qualité des soins dispensés aux usagers et aux familles grâce à la mise en place d'une équipe multidisciplinaire dynamique, dévouée et des services techniques à la hauteur du mandat.

L'établissement est encouragé à garder les portes des aires souillées fermées en tout temps, à s'assurer de l'hygiène des mains lors de l'utilisation du chariot sécurisé à médicaments, à assurer le transport du matériel contaminé par des ascenseurs de service

Le seul point d'amélioration pour ce service est l'absence de plan d'interventions interdisciplinaires «écrit». Toutefois, le tout est fait verbalement lors du caucus chaque matin en présence de l'intensiviste et des résidents. Beaucoup d'alertes visuelles pour la médication d'alerte élevée. Malgré des enjeux de main-d'œuvre, la gestion de ce secteur est excellente. Là aussi, on trouve une gestionnaire nouvellement nommée à son premier mandat de gestion, mais clinicienne solide.

## Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 5 - Services de néonatalogie</b>	

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

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 5 - Services de néonatalogie</b>

L'unité de néonatalogie du CHU de Québec fait partie des quatre grands centres de néonatalogie au Québec. Son offre de service de niveau 3C est suprarégionale pour l'ouest du Québec.

Durant la période critique de pandémie de COVID-19, l'unité s'est assurée de répondre avec la plus grande sécurité possible considérant l'organisation physique des locaux en réaménageant des zones chaudes et froides.

Il faut souligner l'excellent travail de l'équipe qui a développé des stratégies pour maintenir le lien parental avec le nouveau-né durant les périodes critiques de pandémie.

Bien que l'unité possède 56 lits, il y a quelques semaines la néonatalogie a dû composer avec un taux d'occupation de près de 95 %. Cette situation préoccupe l'équipe d'autant qu'elle observe une constante augmentation de la demande de service. Malgré tout, le personnel a su démontrer un grand professionnalisme et travailler dans une condition de temps supplémentaire. Sous peu, l'équipe de gestion entamera la démarche d'implantation d'infirmières auxiliaires. Dans un tel contexte, l'établissement en collaboration avec l'équipe doit poursuivre l'analyse de la demande sur l'offre de service actuelle.

L'unité de néonatalogie est un modèle de partenariat avec les familles. Le personnel met tout en œuvre pour assurer la participation des parents aux soins et assure la formation de ceux-ci. Par ailleurs, une formation sur l'approche développementale certifiée est offerte à l'ensemble des médecins et employés de l'unité.

L'établissement est invité à poursuivre des audits qualité et le sondage sur l'expérience-famille. L'équipe est invitée à partager les résultats des indicateurs qualité et risques sur la station visuelle et à échanger avec le personnel. L'introduction d'un parent partenaire serait une valeur ajoutée à l'expérience usager.

## Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 6 - Services de pédiatrie</b>	
<p>6.1.35 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>6.1.35.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec les usagers, les familles, les soignants et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>6.1.35.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.</p> <p>6.1.35.3 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p>	
<p>6.1.42 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.</p>	

**Commentaires des visiteurs****Chapitre 6 - Services de pédiatrie**

La famille est au cœur des préoccupations en pédiatrie, les lieux physiques en chambre individuelle et double favorisent un séjour plus agréable pour l'enfant et sa famille. La volonté de progresser dans l'implication du partenariat usager famille est engagée.

Le service de pédiatrie a dû se réorganiser rapidement pour faire face aux enjeux de pandémie et de pénurie de main-d'œuvre infirmière. La grande diversité des différentes clientèles tant au niveau des spécialités médicales requises que de l'âge des usagers est un défi qui semble relevé avec succès. La formation fait partie intégrante des préoccupations des équipes tant au niveau médical qu'au niveau des formations continues offertes au personnel.

Différents indicateurs sont suivis et transmis aux équipes durant les « scrums ». Des outils de communication ont été initiés par les gestionnaires pour rejoindre les employés.

Les efforts mis en place pour amener une culture d'amélioration continue et surtout maintenir un bon climat de travail sont évidents. Les employés rencontrés sont fiers, passionnés et engagés.

La communication interdisciplinaire demeure un enjeu puisque le plan d'intervention interdisciplinaire n'est pas implanté. Il serait opportun d'harmoniser une coordination quotidienne des informations recueillies des notes manuscrites et numérisées pour assurer une consolidation du suivi clinique.

Dans le cas des usagers en pédiatrie ou des jeunes, la planification de la transition vers des soins aux adultes doit faire partie des engagements de l'établissement pour les prochaines années.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 7 - Services d'oncologie</b>	

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

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 7 - Services d'oncologie</b>

Dans l'ensemble de la visite de la trajectoire du traitement du cancer, la rigueur est de mise tout au long du parcours, que ce soit à travers l'utilisation méticuleuse des politiques et procédures associées à ces services ou par le respect de celles-ci. Elles témoignent ainsi de l'importance accordée à la sécurité des soins et services offerts.

L'utilisateur et ses proches bénéficient d'une prise en charge exemplaire permettant de bien évaluer leurs besoins et les traitements qui s'en suivent. La pertinence est analysée et discutée en équipe interdisciplinaire, ainsi qu'avec l'utilisateur et ses proches.

En radiothérapie, la conformité à l'ensemble des critères et des pratiques organisationnelles requises (POR) est atteinte. L'équipe agit dans le respect des lignes directrices associées au traitement du cancer.

L'exiguïté des locaux actuels de l'Hôtel-Dieu de Québec limite en quelque sorte la réponse aux besoins croissants des usagers, mobilisant par le fait même les équipes au déménagement prochain vers le nouveau Centre intégré de cancérologie.

Pour les thérapies systémiques, la conformité à l'ensemble des critères et POR est aussi atteinte. La cible de 93 % lors de l'audit d'hygiène des mains à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus mérite d'être soulignée. Une grande rigueur est observée par rapport à l'administration, la surveillance et la disposition des produits de thérapies systémiques. L'interdisciplinarité est omniprésente dans le fonctionnement quotidien de cette équipe. Considérant le type de clientèle desservie par ces secteurs, l'établissement est encouragé à élargir les services visant à prévenir la détresse chez les intervenants.

Tout au long du parcours, le travail s'effectue en collaboration étroite avec l'utilisateur et ses proches. On s'assure de la compréhension de l'information reçue, de valider si des questions persistent et surtout du respect de leur décision.

Dans les secteurs visités, les usagers rencontrés manifestent une reconnaissance incommensurable envers les équipes et acheminent de nombreux remerciements à tous les employés et professionnels rencontrés.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie</b>	
8.1.12 Les usagers et leur famille ont l'occasion de se familiariser à l'avance avec les lieux physiques.	
8.1.20 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
8.1.43 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!

### Commentaires des visiteurs

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

L'équipe interdisciplinaire est engagée afin d'offrir des soins et des services personnalisés et empreints d'empathie pour l'utilisateur, sa famille et ses proches. Il faut souligner également l'observation exceptionnelle d'un grand respect pour les demandes spécifiques des usagers et des familles.

La cogestion médicale est présente et il a été noté que l'uniformisation des soins et services dans les cinq établissements est souhaitable afin d'offrir les mêmes services sur l'ensemble du territoire.

Des intervenants spéciaux en soins palliatifs et soins spirituels sont disponibles pour les usagers, familles et professionnels.

Le salon de famille intérieur et extérieur pour les usagers qui choisissent l'aide médicale à mourir à l'Hôpital Saint-François d'Assise est aménagé avec délicatesse pour offrir un environnement calme et chaleureux.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux</b>	
9.1.6 Les salles où sont effectuées les interventions chirurgicales et invasives ont au moins 20 changements d'air total par heure.	!
9.1.7 La salle d'opération ou d'intervention est dotée d'une zone d'entreposage d'accès limité pour le matériel stérile.	!
9.1.8 Un horaire de nettoyage complet et régulier de la salle d'opération ou d'intervention et des secteurs connexes est affiché à un endroit où tous les membres de l'équipe peuvent accéder.	!
9.1.13 Les articles contaminés sont transportés séparément des articles propres ou stérilisés, à l'écart des secteurs de services aux usagers ou des zones très achalandées.	!
9.1.17 L'équipement, les appareils et instruments médicaux et les fournitures propres et stériles sont rangés séparément de l'équipement souillé et des déchets selon les directives du fabricant.	!
9.1.66 L'intégrité de l'emballage de toutes les fournitures stériles est vérifiée.	!
9.1.92 Un code vestimentaire est suivi dans le bloc opératoire.	!
9.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation. 9.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles. 9.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.	
9.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.	!
9.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).	!

**Commentaires des visiteurs****Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux**

L'établissement présente de nombreux atouts favorisant des soins sécuritaires et de qualité pour les usagers et les familles si ce n'est du temps d'arrêt opératoire plus ou moins respecté et du pauvre respect de la vie privée pour la clientèle de chirurgie d'un jour (espaces restreints pour le nombre élevé de personnes - variables selon les centres).

Le défi de l'établissement est de maintenir la rétention et le renouvellement des ressources humaines, d'assurer des espaces de travail de dimension, de propreté et de ventilation optimales pour offrir des soins sécuritaires et de qualité:

Préopératoire et préadmission:

La clientèle de chirurgie arrive directement au bloc opératoire le matin de la chirurgie, les vérifications se font sur place; toutefois, il n'a pas été possible d'observer ce processus.

La clinique préopératoire est actuellement dans des lieux temporaires en raison de la COVID-19; étant très exigüe la confidentialité est à risque. Cette situation sera toutefois réglée lors du retour à l'emplacement d'origine qui a servi pour les soins intensifs COVID. Il n'y a pas d'audits sur l'hygiène des mains dans ce secteur, et ce, malgré une demande auprès des responsables de l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI).

Bloc opératoire:

La coordonnatrice en place depuis moins d'un an possède un leadership d'expertise qui est sécurisant. La cogestionnaire médicale est présente et joue son rôle. Le médecin en place affirme qu'une transformation s'opère véritablement avec l'arrivée de la nouvelle coordonnatrice.

La gestion de l'hygiène et la salubrité des salles tant entre chaque intervention qu'en fin de programme opératoire est assumée par les préposés aux bénéficiaires (PAB) et les assistants techniques aux soins de la santé (ATSS) qui ont reçu une formation pratique sur place par une PAB expérimentée. Une réflexion est en cours sur ce mode de fonctionnement.

La température des réfrigérateurs est à surveiller.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires</b>	
<p>10.1.29 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p> <p>10.1.29.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.</p> <p>10.1.29.2 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>10.1.29.3 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.</p> <p>10.1.29.4 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.</p> <p>10.1.29.5 Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre.</p>	
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires</b>	

Des équipes expérimentées et très engagées pour une prestation de soins et services dans l'ensemble des

cliniques ambulatoires visitées sont en place. La gestion et la priorisation des rendez-vous sont optimisées. La qualité des soins est diffuse dans l'ensemble des soins et services ambulatoires. Les professionnels rencontrés soulignent leur sentiment d'appartenance pour leur secteur de travail. La propreté des lieux est remarquable malgré certains secteurs très achalandés.

Le Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO) mérite une attention particulière afin de se prévaloir d'un Centre d'excellence clinique.

Quelques pistes d'amélioration ont été notées au niveau de l'environnement physique de certaines salles où sont pratiquées des chirurgies mineures.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire</b>	
11.1.2 Au moins une fois par année, l'équipe recueille de l'information auprès des professionnels de la santé qui acheminent des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique.	
11.1.3 Au moins une fois par année, l'équipe passe en revue l'information recueillie auprès des usagers et des professionnels de la santé qui acheminent des usagers pour cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
11.1.21 Dans le cas de la médecine nucléaire, l'équipe désigne des salles d'attente distinctes pour séparer les usagers qui ont reçu une injection avec des substances radioactives des autres usagers.	!
11.1.23 Le secteur de services aux usagers comprend un vestiaire privé et sécuritaire.	
11.1.26 La zone réservée aux services aux usagers est accessible pour les usagers qui utilisent des aides à la mobilité telles que des fauteuils roulants, des marchettes et des béquilles.	!
11.1.27 L'équipe sait comment s'y prendre pour cerner et déclarer les problèmes d'ordre environnemental liés à la température, à l'humidité et à la ventilation.	!
11.1.38 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique ont un manuel de politiques et de procédures qui explique en détail les procédures de positionnement de l'utilisateur pour les examens d'imagerie diagnostique et qui est signé par le directeur médical ou son remplaçant désigné.	
11.1.40 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
11.1.41 L'équipe informe les prestataires de services d'imagerie diagnostique au sujet des changements apportés au manuel de politiques et de procédures ainsi que des nouvelles procédures instaurées.	

11.1.47	Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!
11.1.102	L'équipe tient un horaire des interventions de contrôle de la qualité.	
11.1.103	L'équipe note les résultats des interventions de contrôle de la qualité, les problèmes détectés et les mesures correctives prises.	
11.1.106	L'organisme recueille des renseignements et des commentaires auprès des usagers, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.	
11.2.11	Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	!
11.4.1	Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	!

#### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire

Les services d'imagerie médicale et de médecine nucléaire ont été visités sur les différents sites incluant notamment le Centre hospitalier de l'Université Laval, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, l'Hôpital du Saint-Sacrement, l'Hôpital Saint-François d'Assise et l'Hôtel-Dieu de Québec. Les équipes rencontrées sont très soucieuses de la qualité de leur travail et fières de contribuer aux différentes initiatives de leur service.

Plusieurs améliorations majeures ont été apportées aux installations physiques, ceci incluant un grand nombre de chantiers en cours. Une séquence de relocalisation de certains secteurs d'activités s'étendra sur une plus longue période. Un rehaussement important du parc des équipements a été réalisé et se poursuit. Parmi ceux-ci, on compte la récente acquisition d'un nouveau tomodynamomètre additionnel permettant de diminuer d'autant plus les doses de radioactivité utilisées. Ces modifications impliquent une gestion importante du changement chez les équipes de travail en place.

Du côté organisationnel, un poste vacant correspondant à celui du chef du département d'imagerie médicale a été noté. Ses responsabilités ont dû être redistribuées temporairement. Plusieurs nouveaux gestionnaires et coordonnateurs ont depuis peu débuté leurs fonctions respectives. L'amélioration des processus de communication, notamment par l'utilisation de stations visuelles, et l'amélioration des

processus de cogestion sont deux éléments très favorables appréciés par les équipes. L'établissement est invité à compléter la réalisation du processus d'appréciation de la contribution du personnel.

L'implication des radiologistes et nucléistes dans les secteurs est très appréciée par les membres des équipes. Il convient de souligner aussi le fort niveau de satisfaction exprimé par les usagers rencontrés pendant cette visite en lien avec les soins et services reçus.

Il convient de mentionner la qualité de plusieurs documents et manuels, récemment rédigés ou revus, tels que le guide technique en échographie générale, le guide de priorisation en résonance magnétique, le protocole harmonisé en résonance magnétique ainsi que celui de la tomodensitométrie et le guide de positionnement en radiographie.

Plusieurs projets sur la qualité et la gestion des risques ont été réalisés incluant :

- Le programme Réseau accessibilité médicale (RAM) permettant un accès rapide à des examens d'imagerie médicale sans la nécessité de référer l'utilisateur vers le service des urgences ;
- La formation de nouveaux technologues pour la réalisation des examens Datscan ;
- La centralisation des rendez-vous avec le chantier Accès Contrôle Qualité (ACQ);
- le projet innovateur de priorisation des examens aidés d'un guide de référence et pouvant être effectuée par les agentes administratives du service (ce projet valorisant la contribution des employés permet aussi une utilisation plus efficiente du temps des spécialistes);
- La création d'un comité aviseur de la pertinence ; et
- l'instauration du système Triax pour l'entreposage du matériel utilisant une redondance à doubles casiers.

Au site de l'Hôpital St-François d'Assise, un projet consistant à utiliser les ressources des technologues afin de procéder à l'insertion des lignes picc (Picc-line) a été mis en place. Ce projet a permis de libérer du temps opératoire et de faire une utilisation plus efficiente du temps des radiologistes. Un corridor de communication des résultats critiques est aussi en place afin de s'assurer du cheminement rapide de l'information vers les prescripteurs.

Parmi les pistes d'amélioration, il est suggéré d'ajouter des armoires à conditions environnementales contrôlées pour l'entreposage des sondes endocavitaires. Certaines installations demeurent à être adaptées pour les personnes à mobilité réduite. L'installation de hottes à flux laminaire dans les secteurs de la médecine nucléaire est également recommandée.

Dans le contexte présentant un défi de recrutement de technologues additionnels, une préoccupation a été partagée par le personnel de certains secteurs face au temps supplémentaire ou périodes de garde attendues perdurant sur une période prolongée.

Les préparatifs pour le déploiement des effectifs et ressources vers le nouveau centre hospitalier sont au cœur des activités, plus particulièrement pour les sites étroitement impliqués. Néanmoins, cette nouvelle réalité suscite des incertitudes chez certains employés.

L'équipe qualité en imagerie médicale effectue un travail remarquable et celui-ci est très apprécié des secteurs d'activité.

Bien que plusieurs nouveaux aménagements aient permis de rendre disponibles de nouvelles salles de bain adaptées aux personnes à mobilité réduite, certaines d'entre elles sont non-conformes dans les différents sites. Il est suggéré à l'établissement de se doter de hottes à flux laminaire dans les secteurs ciblés de la médecine nucléaire et aussi d'utiliser des sacs biorisques pour le transport sécuritaire des récipients et échantillons de laboratoire.

Certaines procédures et certains documents des secteurs d'activités demeurent à être intégrés au système de gestion documentaire. Il est recommandé d'harmoniser les processus existants.

Dans le cadre de la prévention des infections, l'usage de porte-pochettes, conçues de matériaux poreux, lors des examens nécessitant l'utilisation des appareils Holter a été observé. Le processus de retraitement de ces pochettes en tissu dans le secteur d'activités visé est présentement en évaluation par l'équipe de la prévention des infections. L'usage de porte-pochettes jetables est recommandé.

En conclusion, du point de vue de la sécurité, l'établissement est invité à procéder à des simulations de situations d'urgence dans tous les secteurs d'activités.

## Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)</b>	

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

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)</b>

L'ensemble des critères sont conformes et les équipes doivent s'en réjouir. Les activités liées au Service de dons d'organes (donneurs vivants) sont de haute qualité et empreintes de bienveillance envers la clientèle désirant offrir l'un de ses reins afin de permettre une transplantation.

L'équipe interdisciplinaire est engagée et dévouée envers les usagers et leurs proches. Les usagers sont aussi accompagnés dans leur processus de décision, avec un consentement libre et éclairé. La présence d'usagers partenaires vient appuyer l'amélioration de l'offre de services.

Les équipes s'affairent à reprendre le rythme d'activités « post pandémie », car les volumes de dons d'organes ont chuté durant la période de la pandémie.

L'équipe est encouragée à adapter ses outils cliniques et d'enseignement afin de répondre à la réalité autochtone (culture et langue).

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 14 - Services de transplantation</b>	

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

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 14 - Services de transplantation</b>

L'ensemble des critères sont conformes, ce qui témoigne de l'engagement des équipes interdisciplinaires et médicales. Les suivis offerts sont personnalisés et les professionnels offrent une grande disponibilité aux usagers.

La direction est encouragée à identifier des solutions ou alternatives aux frais élevés d'hébergement et de services d'hôtellerie des usagers provenant de régions éloignées devant séjourner plusieurs jours à Québec.

Les outils cliniques devront être adaptés à la réalité autochtone (culture et langue).

Enfin, des stratégies doivent être identifiées et mises en place afin d'éliminer la transcription manuelle des données cliniques.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur</b>	

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

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur</b>

Des rencontres quotidiennes opérationnelles permettent de coordonner l'accès aux lits et la gestion du séjour global ainsi que l'accès aux services requis auprès du partenaire du CIUSSS de la Capitale-Nationale (CN), lequel a la responsabilité intra-muros de la clientèle en psychiatrie et en gériatrie. Les équipes discutent des retours au domicile compromis afin de lever les obstacles. La surcapacité hospitalière est au cœur des discussions quotidiennes en tenant compte des effectifs disponibles versus la pénurie de main-d'œuvre.

La congestion de deux des salles d'urgence, l'Hôpital Enfant-Jésus et l'Hôpital Saint-François-d'Assise, font depuis quelques mois l'objet d'accompagnement étroit du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), lequel a dépêché une équipe SWAT (équipe d'intervention rapide) afin d'aider l'établissement. Les équipes s'inscrivent donc dans un plan d'action globale afin d'atteindre les objectifs attendus.

La fluidité des civières dédiées aux soins de santé mentale/psychiatrie représente d'importants enjeux de suivis et de prises en charge par les médecins spécialistes psychiatres; ceux-ci étant peu ou pas présents après 16 h et absents les week-ends. À cet égard, la direction est invitée à prendre les moyens nécessaires, en étroite collaboration avec le CIUSSS CN, afin de résoudre les obstacles semblant perdurer depuis plusieurs années.

Une variété de plans d'action d'amélioration continue, à plusieurs niveaux, démontre la volonté d'apporter des corrections aux défaillances identifiées par la direction. Entre autres travaux, des réflexions sont en cours pour la mise en place d'une unité d'hospitalisation brève (UHB). Également, pour les professionnels en soins préhospitaliers, des discussions traiteront l'exploration de rôle avancé ou élargi pouvant permettre un élargissement du champ d'exercice professionnel possible aux ambulanciers.

Des règles d'utilisation des ressources (RUR) applicables aux médecins des services d'urgence ont été rédigées et font actuellement l'objet de consultations élargies. À terme, l'application de ces règlements

permettra de rehausser le respect des règles de fonctionnement pour de bonnes pratiques médico-administratives.

Les clientèles de niveaux de soins alternatifs (NSA) se déclinent en différentes variables. Des travaux d'amélioration sont en cours avec le CIUSSS CN, entre autres afin d'améliorer le flux pour les clientèles en perte d'autonomie ayant un profil gériatrique. L'établissement est encouragé à renforcer ses stratégies pour l'implantation de l'Approche adaptée aux personnes âgées (AAPA).

Il faut souligner les travaux qui ont permis de rendre accessible une offre de service professionnelle de l'équipe multidisciplinaire disponible tous les jours de la semaine, incluant les week-ends. Par ailleurs, il est suggéré à la direction d'évaluer ses offres de services ambulatoires afin de rendre disponibles des services sur 7 jours. À titre d'exemple, deux spécialités aux cliniques ambulatoires sont suggérées, l'orthopédie et la gastroentérologie. Pour l'orthopédie, les usagers vus le week-end aux salles d'urgence sont revus le lundi, créant ainsi un important achalandage. En gastroentérologie, les équipes de garde les week-ends doivent être présentes quasiment à temps plein à des coûts plus élevés. Sans en faire l'inventaire des possibilités, la direction est invitée à réfléchir à la révision de l'accès aux services ambulatoires pour les spécialités présentant de grands volumes.

En ce qui a trait à la fluidité des activités chirurgicales, le pourcentage d'occupation des salles d'opération a été très affecté durant les 18 derniers mois. Cependant, des efforts considérables ont été déployés afin que la reprise des activités chirurgicales atteigne tout son potentiel. Actuellement, la reprise des activités est à 88 % de ce qu'elle était en mars 2020, avant la pandémie. Les listes d'attente en chirurgie oncologique respectent les cibles recommandées. Aussi, des travaux pour la délocalisation ou l'externalisation de la chirurgie de cataracte vers un centre médical spécialisé (CMS) sont en cours; pour finir, plusieurs milliers de chirurgies y seront dirigées.

L'analyse prospective par l'analyse de cas traceurs a été discutée. Plusieurs exemples ont démontré que cette approche permet d'importantes améliorations dans le cheminement de l'utilisateur tout au long de son parcours et de sa trajectoire de soins et de service. De plus, l'analyse des retours à l'urgence fait l'objet de travaux afin d'apporter des améliorations. La mesure des écarts des durées moyennes de séjour par diagnostics regroupés pour la gestion (DRG) est encouragée afin de cerner les actions à plus grand impact représentant le moins d'efforts.

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

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

### Ensemble de normes : Télésanté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Télésanté</b>	
3.1	Des politiques et des procédures régissent la prestation du service de télésanté.
4.6	Les renseignements sur les activités d'amélioration de la qualité, les résultats et les apprentissages liés au service de télésanté sont communiqués aux usagers, aux équipes de soins, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Processus prioritaire : Télésanté</b>	

Bien que la télésanté soit une pratique utilisée depuis plusieurs années, elle a connu une recrudescence importante de son niveau d'activité à la suite des débuts de la pandémie. Une jeune équipe de gestion très dynamique et innovante, dont font partie le pilote clinique et le pilote technologique, est au centre des activités. Le centre de coordination en télésanté affilié accompagne et appuie les projets déployés sur les différents sites de l'établissement. Les membres de l'équipe prennent en charge les différents projets de développement étant priorisés et en assurent l'efficacité ainsi que la gestion des risques. Un comité tactique local en télésanté a récemment été mis sur pied. Des activités d'amélioration de la qualité sont en cours incluant un sondage portant sur la satisfaction des usagers. Ces résultats viendront alimenter le plan stratégique en développement. Les récentes activités de télésanté ont fortement contribué à améliorer l'accès aux soins et services pour les usagers. Ces efforts ont permis la continuité des services et facilité l'adhérence des usagers aux plans de traitements. Des activités telles que la téléinterprétation, la téléexpertise, le mentorat, la formation et la téléconsultation font partie de l'offre de service courante. Un usager partenaire est intégré à même le comité tactique local et bénéficie de l'appui du comité consultatif des usagers de l'établissement.

Il faut particulièrement souligner la mise en place d'un projet de téléinterprétation en électroencéphalographie et électrocardiographie. L'arrimage technologique et les éléments d'opérabilité rigoureusement planifiés et suivis par l'équipe impliquée ont permis d'augmenter les services à la communauté.

Parmi les pistes d'amélioration, l'équipe est invitée à formaliser l'ensemble des procédures existantes dans les différents secteurs d'activité et à intégrer les guides de référence existants à même le système de gestion documentaire de l'établissement.

Les principaux défis rencontrés sont en lien avec les limites technologiques, le besoin d'instrumentation spécialisée de certains secteurs cliniques, la formation, le support informatique et la décentralisation présente des rendez-vous.

Les ressources attribuées sont aussi à pérenniser selon les objectifs organisationnels.

## Annexe A - Programme Qmentum

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

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les Établissements remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à des visites d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 30 jours ouvrables qui suivent la visite.

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

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

### Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées.