



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
**Qmentum**

---

# Rapport de visite

---

## **CHU de Québec-Université Laval**

Québec, QC

**Sequence 2**

Dates de la visite d'agrément : 15 au 20 septembre 2019

Date de production du rapport : 21 octobre 2019

## Au sujet du rapport

Le 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 septembre 2019. 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	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>11</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>12</b>
Résultats pour les manuels d'évaluation	13
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services	13
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique	15
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 8 - Services pour la procréation médicale assistée (PMA)	17
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>19</b>

## Sommaire

Le 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 : 15 au 20 septembre 2019**

- **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 Saint-François d'Assise









- **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. Jeunesse

## 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.)	5	0	0	5
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	19	0	0	19
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	89	1	12	102
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	9	0	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	90	1	3	94
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	13	0	0	13
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	97	0	5	102
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>345</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 d'évaluation(s) 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>Jeunesse</b>									
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - 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 - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique	57 (100,0%)	0 (0,0%)	0	53 (98,1%)	1 (1,9%)	0	110 (99,1%)	1 (0,9%)	0
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 8 - Services pour la procréation médicale assistée (PMA)	39 (100,0%)	0 (0,0%)	6	71 (100,0%)	0 (0,0%)	12	110 (100,0%)	0 (0,0%)	18
<b>Total</b>	<b>136 (100,0%)</b>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>6</b>	<b>172 (99,4%)</b>	<b>1 (0,6%)</b>	<b>12</b>	<b>308 (99,7%)</b>	<b>1 (0,3%)</b>	<b>18</b>
<b>Total</b>	<b>136 (100,0%)</b>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>6</b>	<b>172 (99,4%)</b>	<b>1 (0,6%)</b>	<b>12</b>	<b>308 (99,7%)</b>	<b>1 (0,3%)</b>	<b>18</b>

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

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'organisme doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité. 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 - Programme-services jeunesse - 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 - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Non Conforme	0 sur 4
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 8 - Services pour la procréation médicale assistée (PMA))	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	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 - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 8 - Services pour la procréation médicale assistée (PMA))	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 - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	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 - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	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 - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 8 - Services pour la procréation médicale assistée (PMA))	Conforme	4 sur 4

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 - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	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.**

### COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

#### Séquence 2

Le CHU de Québec–Université Laval a été créé en 2012 à la suite d'une fusion des 3 hôpitaux qui formaient le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et des 2 hôpitaux qui formaient le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA). Ces 5 hôpitaux qui font partie du nouveau regroupement sont le Centre hospitalier de l'Université Laval, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, l'Hôpital Saint-François d'Assise, l'Hôpital du Saint-Sacrement et L'Hôtel-Dieu de Québec. Ce regroupement représente l'un des plus gros centres hospitaliers universitaires au Canada et ne comprend que des hôpitaux de soins spécialisés et surspécialisés.

Les orientations stratégiques 2014-2020 proviennent d'une volonté de soigner, d'innover et d'inspirer et reposent sur 4 grandes orientations : l'expérience-patient, les hauts standards de qualité, se situer une place parmi les meilleurs et la réalisation d'un véritable CHU dans ses 4 missions. Les valeurs d'humanisme, d'excellence, d'innovation et de collaboration viennent animer l'esprit dans lequel tous les niveaux de l'organisation font converger leurs actions.

Pour l'année 2019-2020, les priorités organisationnelles sont centrées sur la qualité de vie au travail des équipes, sur l'accès aux services et aux soins, sur une meilleure pratique au quotidien et sur l'implantation du nouveau complexe hospitalier qui est en voie de réalisation au site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, au coût de 1,9 MMG \$.

Au cours de la visite, l'équipe de visiteurs a été en mesure de constater que toutes les équipes sont bien alignées sur les orientations stratégiques et sur la réalisation des objectifs organisationnels, tout en faisant vivre les valeurs de l'organisation au quotidien.

Plus spécifiquement, l'équipe de visiteurs a dégagé des constats généraux sur les 4 dimensions suivantes :

Continuité des trajectoires de services au sein des programmes (interne/partenaires)

L'équipe de coordination clinique déploie des efforts remarquables pour améliorer l'accès aux services, éliminer les obstacles et les étapes non productives dans le cheminement du patient et assurer des gains supplémentaires pour le patient et ses proches. Les initiatives sont nombreuses et plusieurs exemples démontrent une amélioration importante sur ces aspects. La méthode de gestion qui repose sur l'approche LEAN et les soins centrés sur le patient constituent les pierres angulaires des plans d'action en cours.

Le CHU de Québec–Université Laval et l'Institut universitaire en cardiologie et pneumologie de Québec sont les deux seuls établissements qui ne font pas partie du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui regroupe 11

établissements depuis la réforme de 2015. Dans la foulée de cette réorganisation à l'échelle provinciale, le CHU de Québec a transféré ses activités de psychiatrie et de gériatrie sous la responsabilité du CIUSSS même si ce dernier utilise encore les espaces dans les locaux du CHU.

Dans ce contexte, le CHU de Québec est appelé à établir des partenariats efficaces avec les autres composantes du réseau de santé de la région de Québec pour s'assurer d'une meilleure fluidité dans les trajectoires de services de ses clientèles. Les partenariats s'étendent au-delà des trajectoires de soins et de services, notamment en regard des ressources informationnelles et des systèmes financiers. Plusieurs partenariats sont également établis au-delà de la région de la Capitale-Nationale.

Une rencontre avec les principaux partenaires, associés aux trajectoires de services ou encore aux missions d'enseignement et de recherche, a permis de constater que le CHU de Québec est un collaborateur responsable et respectueux, et que les partenaires expriment le souhait de continuer à renforcer ces partenariats et à innover dans la réponse aux besoins grandissants de certaines clientèles.

Gestion de la qualité, sécurité des soins, gestion des risques (organisationnelle et programmes services)

La qualité, la sécurité et la gestion des risques sont au coeur des priorités du conseil d'administration et de l'équipe de direction. Un plan intégré d'amélioration continue est en place, de même qu'un plan de sécurité, de même et qu'une approche bien structurée en gestion des risques. Des politiques ont été élaborées, entérinées et diffusées pour encadrer les démarches et en supporter l'application et l'atteinte des résultats recherchés. Il existe également une politique sur la déclaration des événements indésirables et la divulgation.

Le plan de sécurité repose sur une cartographie des risques qui couvre la sécurité des usagers, la sécurité des intervenants, la sécurité informationnelle et technologique, la sécurité du matériel et des équipements, la sécurité des bâtiments et la sécurité organisationnelle et stratégique. Les priorités pour l'année portent sur le temps de réponse lors des codes d'urgence, sur la prévention de la contamination, sur la disponibilité des lits d'hospitalisation en temps opportun, l'hygiène des mains et sur la traçabilité dans le processus de retraitement.

Les plans d'action sont supportés par une vingtaine d'équipes d'amélioration de la qualité dont certaines sont spécialisées pour des objectifs tels que les chutes et les erreurs médicamenteuses. Les diverses unités de services supportent non seulement les actions des équipes qualité, mais développent aussi avec leurs équipes des objectifs d'amélioration courants qui sont suivis dans les stations visuelles (LEAN) et les caucus matinaux.

En complément de toutes actions déployées en amélioration continue de la qualité, les 3 conseils professionnels (CII, CM, CMDP) se sont mobilisés pour développer des stratégies communes en lien avec leur mandat visant à assurer la qualité de la pratique des professionnels sous leur égide. Ils ont des rencontres communes et collaborent sur les divers projets de consultation émanant de l'équipe de direction et du conseil d'administration ou encore pour s'investir sur des objectifs communs reliés par exemple à la clientèle des personnes âgées et à la prévention des infections. Ils s'associent pleinement aux orientations stratégiques et aux priorités organisationnelles, de même qu'au mode de gestion dont ils aimeraient faire bénéficier leurs stratégies d'action. Leurs principaux objectifs actuellement sont la qualité de vie au travail pour leurs

membres, la prévention des infections, la recherche et l'enseignement et l'implantation du nouveau complexe hospitalier.

Partenariat avec les patients / proches (soins directs, organisation des services)

La participation des patients et de leurs proches est privilégiée aux diverses étapes de la dispensation de soins et de services et les équipes font véritablement vivre l'orientation stratégique qui réfère aux soins centrés sur la personne. En même temps, l'établissement a développé un modèle de patient partenaire qui est en déploiement constant et qui fait l'objet d'une évaluation de façon périodique. Ces derniers sont impliqués dans le support à la dispensation des soins, mais aussi dans des travaux de planification et d'organisation des services.

Il y a lieu de mentionner le rôle actif que joue le comité des usagers qui s'est donné un plan d'action en concordance avec son mandat et les orientations de l'établissement. Le comité des usagers joue également un rôle actif dans son interface avec les patients partenaires.

Taux de conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) (les acquis et les améliorations souhaitées)

L'établissement présente un très haut taux de conformités aux diverses pratiques organisationnelles requises avec dont une seule présente quelques éléments de non- conformité. Il s'agit du bilan comparatif des médicaments pour lequel des efforts importants ont été consentis au cours des dernières années, mais dont l'implantation n'était pas complétée dans les unités d'Obstétrique et de Périnatalité qui faisaient partie de la présente visite.

## Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles

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 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 usagères et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique 2.1.73</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 - Programme-services jeunesse - 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 visiteurs ont évalué plus spécifiquement l'excellence des services au sein de la trajectoire obstétrique-périnatalité qui est située dans deux sites du CHU de Québec-Université Laval, soit : l'hôpital Saint-François d'Assise et le Centre mère-enfant Soleil (CHUL).

On observe une véritable culture Lean imprégnée à travers les différents services de périnatalité-obstétrique. Plusieurs projets d'amélioration ont été réalisés au sein des services. Pour plusieurs d'entre eux, une implication des patients par diverses méthodes est présente dans la conception des services et les programmes tels que le deuil périnatal et les protocoles de soins. Plusieurs données sont partagées auprès des équipes et des usagers par l'entremise des stations visuelles.

Un projet digne de mention consiste en une modulation des services 7 jours semaine (prévision de césarienne et d'induction). Ce dernier a permis des retombées notables telles que l'équilibre de la charge de travail des équipes, l'absence d'annulation de césarienne et par ce fait même, un accroissement de la satisfaction de la clientèle.

On retrouve au sein des services des stations visuelles qui sont des vecteurs démontrant la collaboration de tous les membres des équipes à l'amélioration continue de la qualité. Différents indicateurs sont suivis au niveau des stations visuelles, notamment le taux de conformité au lavage des mains et les statistiques des incidents-accidents.

Plusieurs approches de recueils d'information auprès de la clientèle sont réalisées de façon sporadique. L'établissement est encouragé à systématiser la démarche afin d'assurer un regard constant de l'expérience patient et d'adapter les services aux besoins de ces derniers. Ces différentes informations pourraient être partagées et enrichies par le comité de partenaires qui inclut des partenaires de la région




ainsi que des patients partenaires.

Afin d'assurer une main d'œuvre polyvalente et compétente, l'équipe d'encadrement a développé un outil de gestion des compétences. Cette matrice est complétée pour chacun des membres du personnel, ce qui permet l'ajustement des orientations et des formations en fonction des besoins du service et les préférences des employés.

---

## Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique</b>	
<p>2.1.73 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagères et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>2.1.73.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usagère, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>2.1.73.2 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>2.1.73.3 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>2.1.73.4 L'usagère, 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'usagère devrait prendre après son congé.</p>	
2.3.8 Les médicaments que les usagères s'administrent elles-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.	

### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique

Les activités d'obstétrique-périnatalité du CHU de Québec-Université Laval sont offertes sur deux sites. Ces derniers ont été visités. Le premier constat de la visite réside en une harmonisation marquée des pratiques, des processus, des outils ainsi que de certaines pratiques d'organisation du travail (Tableau des présences dans les postes de travail, rangement de matériels dans les chambres, etc.). Les gestionnaires des deux sites assurent cette harmonisation. Le niveau élevé d'harmonisation des pratiques entre les deux sites est à souligner.

L'ensemble des équipes témoignent d'un fort sentiment d'appartenance à la clientèle. On y retrouve des gens passionnés, mobilisés et engagés.

Plusieurs politiques, procédures et protocoles de soins ont été revus conjointement dans le cadre des rencontres de l'équipe d'amélioration continue de la qualité HSFA-CHUL. Un projet mobilisateur conçu avec les employés du CHUL, consistant en l'aménagement d'un poste unifié, est en cours.

Soutenues par une infirmière en pratique avancée et des monitrices cliniques, les équipes sont en constante évolution des meilleures pratiques. Une matrice de compétences a été développée afin de suivre le développement des compétences des infirmières dans tous les secteurs allant même jusqu'à l'infirmière des soins à domicile GARE. Cette matrice permet d'assurer une vigie des compétences des membres de l'équipe afin de répondre aux besoins de la clientèle tout en prenant compte des préférences des employés.

Les diverses équipes éprouvent un besoin constant de maintenir et de développer leur connaissance. Pour ce faire, certaines effectuent des exercices de simulation des urgences obstétricales. Félicitations aux équipes pour ces initiatives. Vous êtes fortement encouragées à aviser votre gestionnaire de la réalisation de cette pratique professionnelle.

Un plan de naissance et une directive infirmière existent et sont au dossier des usagères. Lors de situation clinique complexe, les professionnels sont demandés à la pièce afin de déterminer un plan d'intervention pour leur discipline. Les différents professionnels sont disponibles au besoin, mais ne travaillent pas en équipe interdisciplinaire. Il est fortement recommandé de mettre en place une véritable équipe interdisciplinaire travaillant ensemble et rédigeant des plans d'intervention interdisciplinaire pour les problématiques de soins complexes (notamment pour les usagères GARE). La réorganisation du travail qui assure une présence médicale quotidienne pour la clientèle GARE crée une opportunité d'animer une équipe interdisciplinaire et suscite une réflexion approfondie et une révision des processus du service d'accueil d'urgence obstétricale.

Afin d'assurer la continuité et l'accessibilité des soins et services aux mères et enfants, la table des partenaires (CHU-CISSS-CIUSSS) a permis d'améliorer la transmission de formulaires de continuité des soins vers les CISSS et CIUSSS.

Actuellement, des approches ethnoculturelles sont mises en place au cas par cas. L'équipe est encouragée à se préparer à répondre à l'avenir entre autres en offrant une formation sur les diverses approches avec les communautés ethnoculturelles. Cette dernière permettrait de développer une sensibilité plus grande en matière de soins offerts à ces mères et enfants.

Les équipes sont encouragées à poursuivre les efforts en lien avec le lavage des mains et à parfaire le processus sur la gestion des médicaments. L'établissement est invité à continuer d'analyser son taux de césarienne de façon à trouver des pistes d'amélioration afin de se rapprocher des taux québécois et canadiens.

## Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 8 - Services pour la procréation médicale assistée (PMA)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 8 : Services pour la procréation médicale assistée (PMA)</b>	

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

Commentaires des visiteurs
<b>Chapitre 8 : Services pour la procréation médicale assistée (PMA)</b>

À Québec, il existe 2 types de services de procréation médicalement assistée, dont un public qui est situé au Centre hospitalier de l'université Laval (CHUL). En 2015, une modification des orientations ministérielles concernant les services offerts dans les services publics a occasionné des modifications de l'offre de services au sein de la clinique.

Le centre de procréation médicalement assisté est composé d'une équipe interdisciplinaire dynamique, motivée et rigoureuse. Il faut souligner l'engagement du personnel face à la clientèle. Dans un souci de rétention, de maintien de l'expertise et d'augmentation de la qualité et de la sécurité des services, une titularisation de poste d'infirmières a été effectuée.

Afin d'offrir un service optimal, un projet d'optimisation a été réalisé.

Une révision du modèle de fonctionnement par séquentiel a engendré des répercussions notables. Au sein du processus, ils ont développé une pratique innovante notamment au niveau de l'échographie et des plages sans rendez-vous. Ces pratiques ont occasionné des retombées sur le nombre de visites en clinique passant de 5,2 visites par usager en 2012-2013 à 3,6 en 2018-2019 à la satisfaction générale de la clientèle.

Une offre de service «7 jours semaine», permet de diminuer les hausses d'activités en début et fin de la semaine tout en répondant aux besoins de la clientèle en temps opportun.

L'ensemble des membres de l'équipe démontre une approche humaniste empreinte de respect et de collaboration. En réponse à une demande de la clientèle, l'équipe a créé un vidéo d'enseignement expliquant le processus d'insémination. Celui-ci est très apprécié par la clientèle. Il est fortement recommandé de présenter cette vidéo à des prix reconnaissances notamment à l'ordre régional des infirmiers et infirmières de la région de Québec.

La collaboration de l'équipe interdisciplinaire est remarquable. Un plan d'intervention est disponible en temps réel grâce à la plateforme Médifirst. Chacun des intervenants peut suivre l'évolution des cycles de procréation et assure une traçabilité des interventions. Une évaluation physique, psychologique et sociale rigoureuse est réalisée pour chaque usagère demandant le service.

L'équipe de gestion porte une attention constante à l'accessibilité des services.

---

## 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.