



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

---

# Rapport de visite

---

## **CHU de Québec-Université Laval**

Québec, QC

**Séquence 1**

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

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

## Confidentialité

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

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

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

## Un mot d'Agrément Canada

Au nom du conseil d'administration et du personnel d'Agrément Canada, je tiens à féliciter chaleureusement votre conseil d'administration, votre équipe de direction et tout le monde de votre organisme d'avoir participé au Programme d'agrément Qmentum. Le programme Qmentum est conçu de manière à s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. En l'utilisant pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous l'utilisez à sa pleine valeur.

Le présent rapport d'agrément comprend les résultats finaux de votre récente visite, de même que les données découlant des outils que votre organisme a soumis. Veuillez utiliser l'information contenue dans ce rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, pour vous guider dans vos activités d'amélioration.

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre gestionnaire de programme.

Je vous remercie du leadership et de l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les normes	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	9
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	12
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	13
Processus prioritaire : Gouvernance	13
Processus prioritaire : Planification et conception des services	15
Processus prioritaire : Gestion des ressources	17
Processus prioritaire : Capital humain	19
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	21
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	23
Processus prioritaire : Communication	24
Processus prioritaire : Environnement physique	25
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	26
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	27
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	28
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	31
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	31
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	33
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	36
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	36
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	40
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	41

## 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 ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent notamment les normes d'excellence pancanadiennes et les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels pour les usagers.

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

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

## Au sujet de la visite d'agrément

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

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les établissements 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. Hôtel-Dieu de Québec

- **Normes**

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

***Normes relatives à l'ensemble de l'organisme***

1. Gestion des médicaments
2. Gouvernance
3. Leadership
4. Prévention et contrôle des infections

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

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









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

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

## Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	25	0	0	25
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	11	1	0	12
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	173	7	6	186
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	55	2	3	60
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	25	0	3	28
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	1	0	1	2
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	237	9	6	252
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	25	0	2	27
<b>Total</b>	<b>552</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>592</b>



## Analyse selon les normes

Les normes Qmentum permettent de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins sécuritaires et de haute qualité qui sont gérés efficacement. Chaque norme est accompagnée de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à celle-ci.

Les normes relatives à l'ensemble de l'organisme portent sur la qualité et la sécurité à l'échelle de l'organisme dans des secteurs comme la gouvernance et le leadership, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de populations, de secteurs et de services bien précis. Les normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des ensembles de normes qui ont servi à évaluer les programmes et les services de l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	48 (100,0%)	0 (0,0%)	2	32 (100,0%)	0 (0,0%)	4	80 (100,0%)	0 (0,0%)	6
Leadership	47 (100,0%)	0 (0,0%)	3	92 (100,0%)	0 (0,0%)	4	139 (100,0%)	0 (0,0%)	7
Prévention et contrôle des infections	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	71 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Gestion des médicaments	71 (97,3%)	2 (2,7%)	5	61 (98,4%)	1 (1,6%)	2	132 (97,8%)	3 (2,2%)	7
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	78 (88,6%)	10 (11,4%)	0	34 (85,0%)	6 (15,0%)	0	112 (87,5%)	16 (12,5%)	0
<b>Total</b>	<b>284 (95,9%)</b>	<b>12 (4,1%)</b>	<b>10</b>	<b>250 (97,3%)</b>	<b>7 (2,7%)</b>	<b>10</b>	<b>534 (96,6%)</b>	<b>19 (3,4%)</b>	<b>20</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 qui sont divisés en deux catégories : les principaux tests et les tests secondaires. L'organisme doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité pour être jugé conforme à la POR.

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Divulgation des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

### COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

#### Séquence – 1

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; elles reposent sur 4 grandes orientations : l'expérience-patient, les hauts standards de qualité, 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 G\$.

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 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 précédents.

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 cœur 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 des soins 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 soutenus 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 soutiennent 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 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 entièrement complétée dans les unités d'Obstétrique et de Périnatalité qui faisaient partie de la présente visite.

## Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. En examinant ces résultats, il importe de s'attarder aux résultats pour l'excellence des services et l'ensemble de l'organisme en même temps puisqu'ils sont complémentaires. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Agrément Canada définit les processus prioritaires comme des secteurs critiques et des mécanismes qui ont des répercussions importantes sur la qualité et la sécurité des soins et services. Les processus prioritaires offrent un point de vue différent de celui que fournissent les normes, car les résultats sont organisés en fonction de thèmes qui se recoupent dans l'ensemble des unités, des services et des équipes.

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

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

Veillez consulter l'annexe B pour une liste des processus prioritaires.

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Test principal de conformité aux POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité aux POR



## Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires

Les résultats dans cette section sont d'abord présentés en fonction des processus prioritaires, puis en fonction des ensembles de normes.

Certains processus prioritaires de cette section s'appliquent aussi aux normes sur l'excellence des services. Les résultats découlant des critères où il y a non-conformité et qui sont aussi liés aux services, devraient être transmis à l'équipe concernée.

### Processus prioritaire : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

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

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

Les rôles et les responsabilités du conseil d'administration sont définis dans la Loi sur les Services de Santé et de Services sociaux, qui prévoit également la nomination du PDG par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Un cadre conceptuel éthique a été adopté par le Conseil d'administration et porte sur les 3 volets suivants : éthique clinique, éthique de la recherche et éthique organisationnelle. Sur cette dernière dimension, un outil d'aide à la délibération éthique a été élaboré afin de guider les membres dans leur processus décisionnel. Une partie des membres sont nommés par le ministre ou par des organismes préidentifiés, et les autres membres qui siègent à titre indépendant sont cooptés en tenant compte des compétences complémentaires requises pour assurer un conseil d'administration compétent et équilibré.

L'accueil des nouveaux membres est bien structuré et les membres signent un document attestant de leur préparation, de leur orientation et de leur accession au poste de membre du conseil d'administration. De plus, chaque membre signe une déclaration relative aux conflits d'intérêts, au respect de la confidentialité et aux accès informatiques.

Des formations continues sont offertes aux membres du conseil comme : le financement axé sur le patient, l'intelligence collective et la qualité / gestion des risques. Les documents liés à chaque réunion du conseil sont acheminés dans les délais préétablis et l'ensemble des membres reçoivent les documents sous forme numérique.

Bien que le Ministère de la Santé et des Services sociaux détermine la mission et le plan stratégique de base des établissements du Québec, le CHU de Québec développe sa propre planification stratégique

axée sur les particularités de son environnement interne et externe. Parmi ses 4 orientations stratégiques figurent les soins centrés sur le patient.

Le conseil supervise l'élaboration et le suivi du plan d'amélioration de la qualité, de la sécurité du patient et de la gestion des risques. Des rapports sériés sont présentés régulièrement au conseil en regard du suivi des objectifs et des plans d'action retenus.

Le tableau de bord du conseil permet de suivre divers indicateurs, dont ceux reliés à la qualité, à la sécurité et à la gestion des risques, notamment via son comité de vigilance.

Le conseil a procédé à l'évaluation de son fonctionnement et a donné suite aux quelques ajustements suggérés. Le rendement du président est évalué et chaque membre remplit un questionnaire d'auto-évaluation qui est suivi par une rencontre avec le président pour compléter l'évaluation de sa contribution. Enfin, un huis clos fait suite à chaque fin de réunion du conseil afin d'évaluer les diverses étapes du déroulement de la réunion et de la satisfaction des membres.

Des liens étroits sont entretenus avec les partenaires stratégiques de l'établissement. L'affiliation avec l'Université Laval représente un partenaire de premier plan de même que la Fondation du CHU de Québec qui a contribué généreusement au montage financier pour la construction du nouveau complexe hospitalier qui est en cours de réalisation sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Ce projet, de l'ordre de 1,9 G\$, ouvrira ses portes progressivement au cours de l'année 2021 et sera complété en 2025.

## Processus prioritaire : Planification et conception des services

Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.

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

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

L'énoncé des valeurs a fait l'objet d'une consultation interne et repose sur 4 valeurs fondamentales, soient: l'humanisme, l'excellence des services, l'innovation et la collaboration. Ces dernières sont partagées à tous les niveaux de l'établissement et affichées un peu partout au vu du personnel et de la clientèle. Bien que la mission et les orientations stratégiques de base d'un établissement soient définies par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, l'établissement a apporté sa couleur aux désignations du ministère et complété une démarche complémentaire de planification stratégique 2014-2020. Des plans opérationnels annuels en ont découlé et l'équipe de direction ainsi que le conseil d'administration sont actuellement à réaliser les objectifs 2019-2020. Parallèlement, une démarche bilan du plan stratégique actuel est en cours et les travaux sont amorcés pour une planification sur 4 ans, avec un plan opérationnel annuel et une révision de la planification aux 2 ans.

Un tableau de bord intégré permet notamment à l'équipe de direction et au conseil d'administration de suivre périodiquement l'évolution des objectifs stratégiques, des objectifs opérationnels du plan d'amélioration continue de la qualité, du plan de sécurité des patients et de gestion des risques, de même que divers indicateurs cliniques et administratifs, incluant les ressources humaines, informationnelles et financières.

L'équipe de direction s'est donné comme philosophie et mode de gestion un modèle qui intègre l'approche LEAN. Une salle de pilotage permet le suivi des orientations stratégiques et des objectifs opérationnels et des stations visuelles sont utilisées par les équipes pour suivre leurs objectifs d'amélioration continue et de sécurité des patients.

Le comité de direction clinique regroupe l'ensemble des directions cliniques et des services connexes et s'assure de la réalisation des volets cliniques des orientations stratégiques et des objectifs opérationnels. L'ensemble des projets sont abordés avec la perspective LEAN et une préoccupation constante sur les bénéfices pour le patient et ses proches. Les données populationnelles et les indicateurs de la population de desserte sont pris en compte dans plusieurs projets, avec de nombreux exemples d'amélioration de l'adaptation des services ou d'accès aux services réalisés à partir de ces données.

De même, les données de l'Institut canadien d'information sur la santé, les données probantes et les résultats des études réalisées par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU sont prises en compte dans les réajustements de l'offre de services.

Les grands dossiers en cours sont notamment: l'accès aux services spécialisés, le continuum de services

AVC, les dons d'organes vivants pour la greffe rénale, les clientèles avec niveau de soins alternatifs, les soins palliatifs pédiatriques, les soins intégrés pour les abus et maltraitance, ainsi que le développement de centres régionaux en hémodialyse externalisée dans plusieurs autres régions du Québec.

Dans tous ces projets, et dans la pratique courante de la dispensation des services, l'apport du patient et de ses proches est pris en compte et plusieurs d'entre eux peuvent compter sur des patients partenaires et même dans certains cas des pairs aidants qui œuvrent comme bénévoles auprès des autres patients ou des équipes cliniques. Le comité des usagers joue également un rôle important dans la représentation des patients et en s'impliquant dans l'amélioration de l'accès aux services, de la place des proches dans l'épisode de soins et dans la satisfaction des soins et services.

Au niveau des partenaires externes, plusieurs trajectoires de service sont abordées en collaboration avec le CIUSSS Capitale-Nationale et l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec, que ce soit au niveau du cancer, de la clientèle avec niveau des soins alternatifs ou encore lors d'une table régionale sur les inégalités en santé.

Enfin, la construction en cours du nouveau complexe hospitalier sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, au coût de 1,9 G\$, prévoit 3 grands pôles, à savoir le Centre intégré en oncologie, le pôle de soins critiques et le pôle ambulatoire. La construction et les aménagements devraient être totalement complétés en 2025, mais certaines parties pourraient être déjà fonctionnelles à compter de 2021. Le grand défi pour les équipes cliniques et le comité de coordination clinique repose sur le maintien des services actuels, sur les efforts à déployer pour une planification efficace et efficiente des services, et sur la préparation du déménagement des activités sans créer de ruptures de services.

## Processus prioritaire : Gestion des ressources

Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.

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

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

Le cycle de planification annuel des ressources financières, informationnelles, immobilières et des équipements médicaux est bien établi et repose sur une approche «réaliste et performante» basée sur les volumes d'activités et une performance avantageuse par rapport aux organisations comparables. Les directions et leurs équipes sont impliquées à chaque étape et le directeur signe un contrat de performance pour l'atteinte des objectifs. Le comité exécutif du comité de direction assure le pilotage de la démarche annuelle et dispose d'outils d'information pour prendre des décisions éclairées. Une personne de la direction des finances est désignée pour chaque direction, celle-ci soutient les équipes dans leur planification et leur suivi budgétaire. De plus, un spécialiste en performance est partagé avec l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie afin de tirer profit de toutes les bases de données disponibles pour améliorer l'efficacité des services et même les composantes des trajectoires de services qui concernent d'autres partenaires.

La planification de l'allocation des ressources est soumise au comité de direction et entérinée par le conseil d'administration. Les mécanismes de suivi sont bien établis à tous les niveaux, de l'unité de service au conseil d'administration, sous forme de rapport ou de tableau de bord bien adaptés aux besoins des utilisateurs.

Bien que le CHU de Québec présente globalement une situation de performance avantageuse, le plan de réduction budgétaire du Ministère de la Santé et des Services sociaux a imposé une récupération budgétaire de près de 15 M\$ dans le cadre d'un programme provincial de redressement, lequel va devoir être absorbé au cours des 3 prochaines années.

En même temps, le financement du MSSS évolue progressivement vers le financement à l'activité et déjà certains secteurs y sont assujettis, comme la radio-oncologie, l'imagerie médicale, la coloscopie et la chirurgie. Des travaux importants ont été entrepris pour anticiper les impacts de ce mode de financement qui s'annonce plutôt avantageux compte tenu d'un état de performance avantageux préexistant.

Les transformations introduites par les changements apportés à la Loi sur les services de santé et les services sociaux ont fait en sorte que de la Direction générale adjointe soutien et administration a procédé à la création d'une direction de la logistique. Cette direction, qui s'est ajoutée à la direction des ressources informationnelle et la direction des services techniques, sera entre autres responsable de la nouvelle plateforme clinico-logistique qui regroupera la délocalisation des services alimentaires, la distribution des médicaments et l'entreposage et la distribution des fournitures.

La construction du nouveau complexe hospitalier au coût de 1,9 G\$ présente un défi de taille, par son

ampleur, la planification clinique requise et la planification subséquente des ressources informationnelles, immobilières et logistiques.

L'un des principaux défis repose sur la planification des diverses ressources en support au plan directeur clinique à venir, et ce, non seulement du nouveau complexe clinique, mais aussi des 5 hôpitaux existants. Parmi les autres défis, un arrimage est à développer avec les services de soins à domicile ou d'hébergement pour orienter rapidement les patients de niveau de soins alternatifs qui représentent près de 150 lits occupés dans les 5 hôpitaux de soins de courte durée spécialisés et surspécialisés. Enfin, le financement à l'activité nécessite des travaux importants pour anticiper les impacts potentiels et préparer une structure d'activités efficaces pour en tirer le plein bénéfice.

## Processus prioritaire : Capital humain

Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.

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

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

L'établissement a fait de la qualité de vie au travail l'une de ses 4 grandes priorités stratégiques et plusieurs initiatives, portées notamment par la direction des ressources humaines, ont été mises en place ou sont en voie de réalisation. Des focus groups ont été consultés et des données ont été recueillies de diverses sources pour identifier les pistes les plus porteuses qui alimenteront le plan d'action en préparation. Des initiatives ont été développées pour répondre aux constats de sondages antérieurs, notamment en ce qui a trait à l'information et à la reconnaissance. Pour les médecins, des conférences ont été organisées sur des sujets tels le burn-out, la résilience, le support à la cogestion médicale, de même qu'une amélioration du processus d'accueil des nouveaux médecins.

Les membres des équipes ont accès à plusieurs activités de formation à l'interne et bénéficient également de la possibilité de formations externes. Au niveau de la sécurité des soins, plus de 8 600 membres du personnel ont pu assister à des formations sur des sujets tels l'ACLS, les divers codes d'alerte (blanc, rouge, -bleu), la formation OMEGA, le RCR, la prévention et le contrôle des infections et les stratégies de prévention des chutes.

Les politiques sur la santé et la sécurité au travail sont en place et le comité paritaire (employeur-syndicat) en santé et sécurité au travail est très actif et collabore à l'amélioration des conditions de travail, que ce soit sur les aspects psychosociaux ou les aspects physiques de l'environnement. Une matrice des risques psychosociaux est utilisée pour identifier les actions les plus porteuses pour améliorer l'environnement de travail, notamment en lien avec les objectifs de réduction de l'absence au travail et qui porte fruit.

Il existe une politique, sur la promotion de la civilité et la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail, qui est diffusée et utilisée. Les démarches à compléter sont claires et les responsabilités bien définies. Il existe également une politique sur la vaccination contre l'influenza, mais le taux de vaccination relativement faible obtenu au cours de la dernière année mérite que des efforts supplémentaires soient déployés à cet effet. Une procédure d'immunisation des travailleurs de la santé du CHU de Québec vient d'être élaborée et sera adoptée officiellement au cours des prochaines semaines. Elle couvre le personnel clinique et le personnel de soutien exposés aux agents viraux ou bactériens pour lesquels des vaccins sont disponibles.

Un plan de main-d'œuvre évolutif est maintenu en collaboration étroite avec les gestionnaires afin d'être à l'affût en temps opportun pour mettre en place les plans de relève nécessaires. Le recrutement dans certains titres d'emploi demeure difficile que ce soit en raison de la rareté ou encore des conditions salariales non compétitives avec le secteur privé notamment. Les infirmières et les préposés aux bénéficiaires, de même que les analystes en informatique et certains postes techniques demeurent

précaires. Le taux d'absentéisme demeure inférieur à celui d'établissements comparables et le recours au temps supplémentaire obligatoire demeure très faible, mais la cible demeure zéro. Au niveau médical, les efforts de recrutement portent sur la génétique médicale, les intensivistes et les pneumologues.

Le processus de dotation repose sur une approche normalisée et est basé sur des entrevues individuelles et parfois de groupe. Des tests psychométriques viennent supporter la sélection du personnel d'encadrement dans une perspective d'alimenter un plan de développement. Les récentes initiatives reliées au programme de développement des leaders émergents dans l'établissement méritent d'être soulignées et devraient permettre de générer la majorité des gestionnaires pour les postes à combler.

Le programme d'évaluation au rendement du personnel est en place et est basé sur une auto-évaluation disponible en ligne, puis sur une rencontre avec le supérieur pour compléter le processus. Le taux de réalisation n'est pas optimal et l'équipe est incitée à déployer plus largement le programme et à procéder aux adaptations nécessaires pour les gestionnaires qui sont responsables de très grosses équipes.

Des entrevues de départ sont menées sporadiquement, mais un blitz a été effectué il y a quelques mois au niveau des soins infirmiers. Les résultats ont permis d'apporter des ajustements à l'organisation du travail.

Les dossiers du personnel sont conservés au niveau de la direction des ressources humaines, avec une partie informatisée et une partie papier. Les attestations d'appartenance à un ordre professionnel sont conservées au niveau des directions cliniques concernées.



## Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.

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

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

L'un des 4 objectifs organisationnels concerne la qualité de vie au travail et plusieurs initiatives de cueillette d'information ou d'actions ciblées ont été mises en place ou le seront sous peu pour améliorer les aspects qui ont été priorisés.

La qualité, la sécurité des soins et la gestion des risques sont au cœur 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 des soins, ainsi 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 un règlement sur 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.

Le plan intégré de gestion de la qualité et le tableau de suivi intégré des plans d'amélioration reposent sur une approche intégrée de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques. Pour établir les priorités d'action, les principaux intrants proviennent du Protecteur du citoyen, du Coroner, des Ordres professionnels, des événements sentinelles, des plaintes, des inspections diverses, des études de satisfaction de la clientèle et de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Les plans d'action sont soutenus par une vingtaine d'équipe 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 soutiennent 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. Leurs principaux objectifs actuellement sont la qualité de vie au travail pour leurs membres, la prévention des infections, la recherche, l'enseignement et l'implantation du nouveau complexe hospitalier.

## Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes

Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

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

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

Au cours des dernières années, l'établissement a évolué vers un cadre éthique qui repose sur une structure d'éthique orientée sur 3 pôles, soient l'éthique clinique, l'éthique de la recherche et l'éthique organisationnelle. Un comité stratégique en éthique, composé des 3 présidents des comités d'éthique et d'autres membres experts, assure la coordination des plans d'action et des activités de chacun. Il existe également un module sur les stratégies éthiques et les partenariats qui relève de la direction de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques, qui vient compléter la dimension de l'éthique organisationnelle.

Des séances de formation ont été organisées et des outils ont été communiqués pour soutenir les équipes cliniques dans l'amorce d'une démarche éthique en présence de situations à caractère éthique. Le comité d'éthique clinique répond à des demandes en provenance de toute personne, patient ou famille, vivant une situation présentant une dimension éthique. Des avis sont également émis et diffusés plus largement à la suite de l'analyse d'une situation qui pourrait se reproduire.

Au niveau du comité d'éthique de la recherche, 3 sous-comités ont été formés afin de répondre à un nombre très élevé de demandes et de suivis des projets autorisés.

Parmi les principaux défis des comités d'éthique, on retrouve les risques associés à l'utilisation secondaire des banques de données, l'utilisation d'appareils électroniques pour la cueillette des données et l'obtention d'un «consentement éclairé» par la voie des médias sociaux pour participer à un projet.

## Processus prioritaire : Communication

Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.

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

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

L'équipe de direction et le conseil d'administration ont bien identifié leurs partenaires stratégiques et les partenaires impliqués dans les diverses trajectoires de services. Les membres de l'équipe de direction et leurs équipes collaborent de façon continue avec les partenaires des trajectoires de services et s'assurent de faire les arrimages nécessaires à une plus grande fluidité et complémentarité des services.

Un plan de communication est en place, avec un volet interne et un volet externe. À l'interne, il existe divers outils de communication tels que le site web orienté vers la clientèle, le journal Le Chuchoteur et l'adaptation en cours de l'intranet pour en faire un intranet collaboratif à l'intention des patients et du personnel. À cela viennent s'ajouter une tournée du PDG et le soutien en communication pour les gestionnaires auprès de leurs équipes. Aussi, le service des communications est impliqué dans les projets de gestion du changement auprès des équipes et en collaboration avec la direction des ressources humaines. Au niveau externe, l'équipe produit une Infolettre qui est distribuée aux partenaires stratégiques et supporte plusieurs médias sociaux. Aussi, un comité de voisinage a été mis en place depuis le début du chantier du nouveau complexe hospitalier afin de tenir l'entourage informé des étapes de réalisation du complexe hospitalier et minimiser les impacts négatifs.

Au niveau des systèmes d'information, l'établissement développe depuis plusieurs années, à partir de la plateforme Cristal-Net, la mise en place du dossier clinique informatisé et supporte même une quinzaine d'autres régions du Québec qui déploient le même système. Tous les dossiers antérieurs ont été numérisés et intégrés au dossier patient informatisé.

Toutes les politiques reliées à la collecte, à la saisie, à l'utilisation et à la conservation des données sont en place. La sécurité informationnelle est appuyée par des politiques rigoureuses. Le chargé de la sécurité informationnelle partage également son rôle avec la région Chaudière-Appalaches.

L'équipe des systèmes d'information a intégré les équipes des ressources informationnelles de la région des Îles-de-la-Madeleine et celle de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et assure la responsabilité de leurs systèmes d'information.

Une personne est responsable de l'accès à l'information et s'assure de donner suite aux diverses demandes de renseignements à l'intérieur du cadre des politiques en place. Pour le patient, il lui est possible de venir consulter son dossier au service des archives ou d'en obtenir copie.

## Processus prioritaire : Environnement physique

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.

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

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

Malgré les contraintes imposées à certains sites par l'état des infrastructures et des immeubles ainsi que la difficulté de recrutement de la main d'œuvre par compétition avec le secteur privé, le défi des équipes de la direction technique du CHU de Québec-Université Laval est de composer un programme de fonctionnement avec le projet du nouveau complexe hospitalier tout en maintenant le développement par l'implantation des technologies cliniques de pointe et assurer le maintien des activités correctives et aussi préventives du parc d'équipements.

Une culture de qualité est développée par le travail en étroite collaboration avec le comité de prévention des infections lors de tous les projets de rénovation ou de construction afin d'assurer la santé et la sécurité des patients et des employés.

Depuis 2013, un plan d'action de développement durable a été mis en œuvre avec l'engagement des différentes directions dans plusieurs projets novateurs pour harmoniser et déployer des initiatives dans plusieurs sphères et réduire l'incidence des activités sur l'environnement.

## Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.

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

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

Un Plan de sécurité civile et de mesures d'urgence est en place pour l'ensemble des grands risques; tous les codes d'alertes permettant de mettre en branle le processus des mesures d'urgence. Certains d'entre eux ont été élaborés avec les partenaires du réseau de la santé, la municipalité, la Sécurité civile, la Santé publique et autres.

Le Plan a été diffusé et de la formation a été offerte à une grande partie du personnel d'encadrement et des employés. En appui à la formation des employés, l'équipe a élaboré un DVD intitulé «?Sortir?» pour supporter les exercices d'évacuation. L'équipe a même gagné un prix pour le côté novateur de son outil de formation. Des exercices d'évacuation ont été effectués dans les 5 hôpitaux au cours des derniers mois et des simulations d'exercice sont envisagées à l'interne et une autre est prévue avec l'aéroport de Québec et les partenaires concernés advenant la simulation d'une attaque armée. Des analyses post-événements ont lieu à chaque fois et les ajustements nécessaires sont effectués le cas échéant.

Le plan de communication en cas de mesures d'urgence est en place et des liens continus sont entretenus avec le service des communications pour appuyer les stratégies de préparation aux mesures d'urgence.

Un plan de continuité des activités a été élaboré et les approvisionnements en eau et en électricité sont planifiés pour une période de transition advenant un sinistre.

Les liens ont été établis avec le secteur de la prévention et du contrôle des infections ainsi que la Santé publique, en cas d'éclosion majeure ou de pandémie, et un plan des mesures d'urgence adapté serait déployé, supporté par la structure du Plan de sécurité civile et des mesures d'urgence, en cas de nécessité.

Les principaux défis résident dans le renouvellement de plusieurs postes devenus vacants à l'intérieur de l'équipe, la gestion des risques liés au transfert des activités au nouveau complexe hospitalier et le maintien des activités durant la période de transition.

## Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

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

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

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

On retrouve, parmi les 4 orientations stratégiques de l'établissement, l'orientation des soins centrés sur l'utilisateur. Un modèle d'organisation du partenariat avec les patients et les proches au CHU de Québec a été entériné par le conseil d'administration en juin 2018. On y retrouve l'ensemble des instances impliquées, le contexte dans lequel se déploient ces partenariats de même que les pistes d'actions retenues, dont le développement d'une culture organisationnelle axée sur le soutien, de mécanismes de concertation interdisciplinaire et d'objectifs mesurables dans l'établissement des partenariats avec les patients et ses proches.

La philosophie de base repose sur l'implication du patient et de ses proches dans son épisode de soins, que ce soit au niveau du consentement éclairé, de l'enseignement et de l'information à partager ou encore de sa participation aux décisions thérapeutiques. Plusieurs projets et initiatives ont été réalisés, par exemple dans les sciences neurologiques pour les AVC et les traumatismes crâniens, avec une décentralisation du niveau décisionnel et l'implication précoce de l'infirmière pivot en cancérologie pour diminuer la rotation des médecins dans le suivi en oncologie. Un autre exemple concerne l'élaboration d'un Guide d'aide à la prise de décision pour les approches thérapeutiques disponibles dans le cancer de la prostate. L'approche interdisciplinaire développée pour les problèmes de dysphagie, supportée par des travaux de l'UETMIS du CHU de Québec, a, elle aussi, bénéficié d'un apport et d'une participation des patients et de leurs proches et a été implantée d'abord comme un projet expérimental qui a démontré des résultats très probants.

Vingt équipes d'amélioration continue de la qualité peuvent compter sur la contribution d'un patient partenaire et deux représentants du comité des usagers participent au comité de gestion des risques.

Une évaluation des expériences-patients se fait sur une base régulière au rythme d'environ 30 par année.

Le comité des usagers joue un rôle très actif dans l'amélioration de l'accès et des soins pour la clientèle, en plus d'assumer son rôle dans la défense des droits des usagers et de la promotion du code d'éthique. Ses principaux objectifs touchent notamment l'implication des proches partenaires, l'évaluation de la satisfaction de la clientèle comme aux services ambulatoires, l'information aux usagers (ex. pour les plaintes et l'approche adaptée aux personnes âgées). Les membres participent à de nombreux comités de l'établissement et supportent le déploiement des patients partenaires et 2 membres du comité des usagers agissent également à titre de patient partenaire.

## Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables</b>	
1.1 Au moins une fois par année, de l'information est recueillie sur le niveau d'utilisation des services auprès de tous les secteurs de l'organisme qui ont besoin de services de retraitement et les données sont communiquées à l'URDM.	!
1.2 L'information recueillie sur les services offerts et sur leur utilisation sert à déterminer la gamme de services de retraitement et la façon dont ils sont fournis.	!
6.5 De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.	!
6.8 La politique de l'organisme sur la déclaration des cas de violence en milieu de travail est respectée par les membres de l'équipe.	!
7.3 L'organisme dispose de politiques et de procédures sur les dispositifs médicaux empruntés, partagés, consignés ou loués.	!
7.5 Des procédures opératoires normalisées (PON) claires et concises sont élaborées et maintenues pour les services de retraitement.	
7.7 Les politiques, les PON et les directives des fabricants sont accessibles à tous les membres de l'équipe.	
7.8 Les membres de l'équipe reçoivent de l'information et de la formation avant la mise en oeuvre des politiques, des PON ou des directives des fabricants qui sont nouvelles ou qui ont été modifiées.	
7.9 Les politiques et les PON sont mises à jour régulièrement et approuvées en conformité avec les exigences de l'organisme, s'il y a lieu.	!
7.10 La conformité aux politiques, aux PON et aux directives des fabricants est évaluée régulièrement et des changements sont apportés s'il y a lieu.	
8.9 Des évaluations du milieu de travail doivent avoir lieu régulièrement dans l'URDM afin de vérifier l'ergonomie de même que la santé et sécurité au travail.	!



12.5	Les PON sont respectées pour manipuler, distribuer et transporter l'équipement, les dispositifs médicaux stériles.	!
14.2	Les PON applicables sont suivies pour le contrôle de l'inventaire des dispositifs stérilisés.	
14.4	Le personnel se réfère aux PON pour déterminer s'il y a un problème de stérilisation et si un rappel est nécessaire.	!
14.5	Les PON sont appliquées pour procéder au rappel des articles dont la stérilité peut avoir été compromise.	!
14.8	Une politique est suivie pour la conservation de tous les avis de rappel et les rapports.	

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

Les unités de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) visitées sont dans un état de propreté remarquable. Nous avons pu apprécier la qualité et la compétence du personnel qui y œuvre au quotidien de même que l'enthousiasme des chefs de ces secteurs. Il existe une cohésion d'équipe remarquable supportée par une directrice adjointe qui croit au développement de ses secteurs d'activités.

Plusieurs projets de mise à niveau des URDM sont en cours et le souhait d'harmoniser les pratiques est existant. Des projets LEAN dans certains secteurs ont permis de réorganiser le travail d'une manière à la fois sécuritaire pour les patients et convenable pour les équipes en place.

Nous soulignons la stabilité des équipes dans plusieurs URDM et la fierté des employés qui y œuvrent. Dans quelques installations visitées, les chefs sont des formateurs reconnus par les maisons d'enseignement ce qui leur permet d'avoir accès à de la main-d'œuvre qualifiée dès la fin des études.

Les politiques sont en voies d'harmonisation. Toutefois, les PON ne sont pas élaborés dans les URDM visitées.

Les PON se doivent de traiter de toutes les étapes du processus de retraitement, la gestion et la déclaration des incidents liés à la sécurité des usagers; le retraitement des dispositifs médicaux en fonction des catégories de risques et des directives des fabricants; le retraitement de l'équipement, les précautions spéciales à prendre pour le retraitement des dispositifs médicaux qui sont difficiles à nettoyer, à désinfecter ou à stériliser; l'emballage; le réassemblage et la vérification du fonctionnement de dispositifs complexes; le transport des dispositifs médicaux à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement ; la mise en quarantaine des dispositifs médicaux qui sont retraités; les procédures de rappel; les procédures relatives à diverses situations d'urgence, dont l'arrêt du stérilisateur, l'arrêt et les pannes des services publics, un plan d'urgence pour le déplacement des services à l'extérieur de l'organisme, ou encore la perte ou un rappel d'envergure d'une partie du stock.

Une structure de gestion bien établie regroupe les principaux partenaires – utilisateurs des services des

URDM. Un comité appelé groupe d'experts URDM-PCI se rencontre sur une base régulière et donne des avis scientifiques en lien avec un risque infectieux. Le groupe fournit une opinion scientifique sur l'efficacité des méthodes de retraitement des dispositifs médicaux. Il va jusqu'à proposer des stratégies en regard des meilleures pratiques de PCI pour ce secteur d'activités.

L'équipe suit le dossier du transfert de l'activité endoscopique pour l'ensemble des installations vers et sous la gouverne des URDM du CHU de Québec-Université Laval. Des indicateurs sont en place et vont permettre d'assurer l'atteinte des résultats.

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

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des ensembles de normes, puis des processus prioritaires.

Voici une liste des processus prioritaires propres aux normes sur l'excellence des services :

### Gestion des médicaments

- Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.

### Prévention des infections

- Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.

### Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
2.10 Le comité interdisciplinaire élabore un processus visant l'utilisation des échantillons de médicaments.	
15.1 Le pharmacien examine toutes les prescriptions et les ordonnances de médicaments émises dans l'organisme avant l'administration de la première dose.	!
23.3 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.	!

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

#### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Le département de pharmacie participe activement à toutes les missions de soins, services, enseignement et recherche du CHU de Québec-Université Laval.

Depuis les dernières années, plusieurs améliorations structurantes ont été mises en place dans tous les sites pour réorganiser tous les secteurs pharmaceutiques afin d'augmenter l'efficacité des services tout en développant les standards de qualité et de sécurité du circuit du médicament, malgré le contexte de pénurie de la main d'œuvre en pharmacie.

La collaboration interdisciplinaire est au cœur des activités du département via la participation aux nombreux comités et projets de développements cliniques.

- Démarches d'optimisation des services pharmaceutiques : centralisation du secteur de l'approvisionnement des médicaments, harmonisation du système d'information en pharmacie, mise à jour du parc d'équipements automatisés, réaménagement des locaux et des salles stériles, réorganisation du travail et mise en commun des ressources pour pallier la pénurie ...
- Analyse interdisciplinaire pour redéfinir les besoins et l'offre des soins pharmaceutiques.
- Formulaire de médicaments et unité pour usage optimal des médicaments.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>

Nous soulignons la présence d'un programme structuré en prévention des infections qui précise les assises en lien avec les précautions de base et additionnelles à utiliser en tout temps. Il inclut la surveillance épidémiologique, la gestion des éclosions de même que les normes de pratique en vigueur. Un document de référence est disponible dans l'ensemble des installations visitées. La dernière mise à jour a été faite en 2013.

Des infirmières-cadres en prévention des infections supervisent les conseillères en prévention et contrôle des infections (PCI) présentes dans chacune des installations et ont pour rôle important d'harmoniser et de coordonner les processus liés à la prévention des infections.

Nous soulignons favorablement la cogestion des soins infirmiers et soins médicaux qui est un atout important pour la prévention, la surveillance, le suivi de même que la cohésion d'équipe avec les partenaires de l'hygiène et de la salubrité. Des rencontres statutaires à différents niveaux hiérarchiques de l'organisation sont faites avec l'ensemble des professionnels impliqués en PCI.

S'il y a un enjeu majeur en PCI dans l'une des installations, un plan d'action est élaboré et est sous la surveillance des hautes instances quant à son application.

L'équipe utilise un outil informatisé Nosokos, qui renferme des données en lien avec les infections nosocomiales et permet d'obtenir des tendances ou des informations primordiales, et ce, rapidement. Cet outil permet d'obtenir rapidement l'information sur le nombre de patients en isolement dans les différentes installations du CHU de Québec et de mettre en place les mesures les plus appropriées et sécuritaires.

Dans toutes les installations visitées, des audits sur l'hygiène des mains sont faits par l'équipe de la PCI. Le personnel est informé et porte une attention particulière au lavage des mains. Plusieurs employés rencontrés mentionnent que depuis l'introduction des réunions appelées SCRUM, ils sont mieux informés et reçoivent de la rétroaction positive, ce qui les encourage à s'améliorer.

Nous félicitons l'équipe de prévention des infections pour plusieurs initiatives mises en place pour susciter

la motivation des équipes au lavage des mains. La certification annuelle par l'apposition d'une main en or, argent, aqua ou en bronze est une des bonnes pratiques à encourager et est très appréciée des équipes rencontrées. Cette initiative mérite d'être développée et appliquée dans les secteurs autres que cliniques afin que les employés puissent voir leur progrès et poursuivre les efforts d'amélioration. L'excellente initiative de la chambre des erreurs mise en fonction lors de la semaine de la prévention des infections mérite d'être soulignée et poursuivie. Les employés entrent dans la chambre et vont identifier un nombre d'erreurs ou d'activités qui peuvent porter atteinte à la sécurité de la clientèle en matière de prévention des infections. Cette activité a permis de rectifier l'information parfois erronée des diverses personnes qui se sont soumises à l'exercice.

Nous soulignons l'excellent projet mis en place par le déploiement de près de 70 agents - infirmières de PCI auprès de l'ensemble des équipes de soins des installations visitées. Le dynamisme des personnes rencontrées de même que l'impact du travail de sensibilisation effectué par les agents auprès des équipes de soins est remarquable. La prévention des infections est un sujet bien ancré dans les habitudes des équipes soignantes.

Nous invitons l'établissement à faire en sorte que l'évaluation de ce projet fasse l'objet d'une attention particulière et puisse éventuellement être soumise à titre de pratique exemplaire reconnue dans le milieu de la santé et des services sociaux. L'enthousiasme des agents de la PCI mérite d'être souligné favorablement. L'impact des résultats générés et les retombées doivent faire l'objet d'une évaluation soutenue et continue afin d'être en mesure d'évaluer les bénéfices d'une telle pratique qui sont sans aucun doute positifs et de voir les pistes d'amélioration pour les autres secteurs de l'organisation.

Également, le projet a été déployé auprès des PAB dans les installations visitées. Nous invitons l'établissement à évaluer l'impact de cette nouvelle cohorte d'agents de la PCI. Nous n'avons pas eu la chance de rencontrer des agents de prévention des infections PAB dans les quelques installations visitées. Lorsque nous posons la question, les PAB étaient pour la plupart peu informés de ce projet.

Au cours de notre visite, nous avons pu rencontrer les équipes des services alimentaires, de l'hygiène et de la salubrité, de même que celles de la buanderie et de la lingerie quant à la gestion des déchets. Nous encourageons l'équipe de prévention des infections à développer des stratégies pour rejoindre ces secteurs d'activités qui peuvent constituer un risque pour la santé et la sécurité des patients.

Au niveau du secteur du Génie biomédical nous soulignons l'énorme défi qu'a relevé au cours des dernières années par l'équipe pour dresser l'inventaire des équipements médicaux dans l'ensemble des installations du CHU. C'est près de 90000 équipements recensés. Ils ont élaboré une échelle de criticité pour préciser l'entretien autant des équipements médicaux que non médicaux.

Il ne faut pas omettre de préciser que l'équipe travaille en parallèle à l'achat et à la préparation du nouveau CH qui demande des ajouts d'équipements sans commune mesure.

Nous suggérons à l'équipe de faire une réflexion sur la contribution des différents partenaires dans l'établissement pour le suivi du parc des équipements et son remplacement. Sans modifier

nécessairement la structure, il est important d'impliquer les utilisateurs dans le suivi de l'entretien et de leur fournir l'information nécessaire qui permet de prendre des décisions éclairées en temps opportun et ainsi ne pas mettre toute la responsabilité sur un seul acteur. L'idée d'aller chercher les commentaires des utilisateurs est une piste à explorer par l'équipe.

---

## Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes se servent d'outils d'évaluation. Le programme Qmentum comprend trois outils (ou questionnaires) qui évaluent le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des usagers, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

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

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets suivants :

- composition du conseil d'administration;
- portée de ses pouvoirs (rôles et responsabilités);
- processus de réunion;
- évaluation du rendement.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- **Période de collecte de données : 30 octobre 2018 au 15 novembre 2018**
- **Nombre de réponses : 10**

#### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	10	90	92
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	94
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	80	10	10	69
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	20	0	80	83



	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	0	100	93
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	95
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	95
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	70	10	20	59
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	0	100	94
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	96
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	0	100	85
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	96
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	91
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	97
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	20	0	80	73
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	0	100	64

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoions notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	80
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	10	40	50	56
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	83
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	90	0	10	40
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	0	10	90	76
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	90
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	0	100	74
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	0	100	86
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	14	0	86	80
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	67	17	17	71
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	0	14	86	84
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	20	80	92

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	0	100	90
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	13	13	75	84
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	33	0	67	83

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	0	10	90	74
34. La qualité des soins	0	10	90	77

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Annexe A - Programme Qmentum

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

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 10 jours ouvrables qui suivent la visite.

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

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

### Planification des mesures à prendre

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

## Annexe B - Processus prioritaires

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

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