



AGRÉMENT CANADA



Force motrice de la qualité des services de santé

Rapport d'agrément

CHSLD Age 3

Laval, QC

Dates de la visite d'agrément : 4 au 7 mai 2015

Date de production du rapport : 26 mai 2015



ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

Driving Quality Health Services

Force motrice de la qualité des services de santé

Agréé par l'ISQua

Au sujet du rapport

CHSLD Age 3 (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 mai 2015. 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 de la présidente-directrice générale 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 le type d'agrément qui vous est décerné, ainsi que 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 spécialiste en agrément.

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,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale

Table des matières

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.0 Sommaire | 1 |
| 1.1 Décision relative au type d'agrément | 1 |
| 1.2 Au sujet de la visite d'agrément | 2 |
| 1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité | 3 |
| 1.4 Analyse selon les normes | 4 |
| 1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises | 5 |
| 1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs | 8 |
| 2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises | 9 |
| 3.0 Résultats détaillés de la visite | 10 |
| 3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires | 11 |
| 3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i> | 11 |
| 3.1.2 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i> | 13 |
| 3.1.3 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i> | 14 |
| 3.1.4 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i> | 15 |
| 3.1.5 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i> | 16 |
| 3.1.6 <i>Processus prioritaire : Communication</i> | 17 |
| 3.1.7 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i> | 18 |
| 3.1.8 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i> | 19 |
| 3.1.9 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i> | 20 |
| 3.1.10 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i> | 21 |
| 3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services | 22 |
| 3.2.1 <i>Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections</i> | 23 |
| 3.2.2 <i>Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments</i> | 24 |
| 3.2.3 <i>Ensemble de normes : Services de soins de longue durée</i> | 25 |
| 4.0 Résultats des outils d'évaluation | 28 |
| 4.1 Sondage sur la culture de sécurité des patients | 28 |
| 4.2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail | 30 |
| 4.3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur | 32 |
| Annexe A Programme Qmentum | 33 |
| Annexe B Processus prioritaires | 34 |

Section 1 Sommaire

CHSLD Age 3 (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent 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'usager. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

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.

1.1 Décision relative au type d'agrément

CHSLD Age 3 a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé avec mention

L'organisme dépasse les exigences de base du programme d'agrément.

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 4 au 7 mai 2015**

- **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 CHSLD Age 3 - CHSLD St-Jude
- 2 CHSLD Age 3 - CHSLD St-Vincent Marie

- **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 Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership
- 2 Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections
- 3 Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

Normes sur l'excellence des services

- 4 Services de soins de longue durée









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Sondage sur la culture de sécurité des patients
- 2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
- 3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

1.3 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.) | 14 | 0 | 2 | 16 |
|  Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.) | 8 | 0 | 0 | 8 |
|  Sécurité (Assurez ma sécurité.) | 100 | 3 | 5 | 108 |
|  Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.) | 35 | 3 | 0 | 38 |
|  Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.) | 36 | 3 | 6 | 45 |
|  Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.) | 7 | 0 | 0 | 7 |
|  Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.) | 137 | 9 | 8 | 154 |
|  Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.) | 8 | 0 | 0 | 8 |
| Total | 345 | 18 | 21 | 384 |

1.4 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 |
| Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership | 34 (91,9%) | 3 (8,1%) | 1 | 54 (93,1%) | 4 (6,9%) | 1 | 88 (92,6%) | 7 (7,4%) | 2 |
| Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections | 22 (100,0%) | 0 (0,0%) | 5 | 44 (100,0%) | 0 (0,0%) | 2 | 66 (100,0%) | 0 (0,0%) | 7 |
| Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments | 20 (100,0%) | 0 (0,0%) | 3 | 25 (89,3%) | 3 (10,7%) | 7 | 45 (93,8%) | 3 (6,3%) | 10 |
| Services de soins de longue durée | 38 (95,0%) | 2 (5,0%) | 0 | 88 (94,6%) | 5 (5,4%) | 1 | 126 (94,7%) | 7 (5,3%) | 1 |
| Total | 114 (95,8%) | 5 (4,2%) | 9 | 211 (94,6%) | 12 (5,4%) | 11 | 325 (95,0%) | 17 (5,0%) | 20 |

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité | | | |
| Déclaration des événements indésirables (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership) | Conforme | 3 sur 3 | 0 sur 0 |
| Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership) | Conforme | 1 sur 1 | 1 sur 1 |
| But en matière de sécurité des patients : Communication | | | |
| Abréviations dangereuses (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments) | Conforme | 4 sur 4 | 3 sur 3 |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins de longue durée) | Conforme | 5 sur 5 | 0 sur 0 |
| Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |
| Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins de longue durée) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Transfert de l'information (Services de soins de longue durée) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments | | | |
| Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins de longue durée) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail | | | |
| Plan de sécurité des patients (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership) | Conforme | 2 sur 2 | 2 sur 2 |
| Prévention de la violence en milieu de travail (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership) | Conforme | 5 sur 5 | 3 sur 3 |
| Programme d'entretien préventif (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership) | Non Conforme | 2 sur 3 | 1 sur 1 |
| Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections | | | |
| Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections) | Conforme | 3 sur 3 | 0 sur 0 |
| Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Processus de retraitement (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| Taux d'infection (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections) | Conforme | 3 sur 3 | 0 sur 0 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections | | | |
| Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes | | | |
| Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques | | | |
| Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |

1.6 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.

Voici un sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs: Au CHSLD St-Jude, les contraintes architecturales rendent difficile l'implantation des orientations ministérielles concernant l'approche milieu de vie. Au CHSLD Saint-Vincent-Marie, les installations sont vastes et fonctionnelles.

Le milieu de vie y est accueillant et il y règne un climat agréable ainsi qu'un climat familial. Le personnel est accueillant, attentionné et soucieux du bien-être des résidents. Les résidents et leurs familles ont exprimé leur satisfaction sous plusieurs aspects dont l'alimentation, les loisirs et l'accessibilité aux membres de la direction.

Au niveau de la communauté et des partenariats, l'organisme travaille notamment en étroite collaboration avec ses partenaires dont le Centre intégré de santé et services sociaux de Laval (CISSS de Laval). Ces derniers soulignent la qualité des soins offerts au CHSLD St-Jude malgré des aménagements physiques difficiles.

L'organisme s'est doté d'une équipe de direction très motivée, dynamique et rigoureuse. Le bien-être de la clientèle est constamment au centre de leurs décisions. Les visiteurs ont constaté une grande volonté de l'organisation de se doter d'une vision stratégique globale pour s'assurer de l'actualisation d'un milieu de vie et d'interventions appropriées aux résidents. L'organisme est aussi soucieux de mettre en place une approche préventive axée sur la gestion des risques et la sécurité et le développement des compétences de son personnel. Une culture de sécurité et de qualité est omniprésente dans l'organisation et les visiteurs ont pu le constater à plusieurs reprises. L'organisme œuvre ardemment à mettre en place une stratégie de mise à l'essai des indicateurs de qualité avec Agrément Canada.

L'organisme démontre une bonne collaboration avec ses employés qui se reflète par un climat de travail positif. Plusieurs employés sont à l'emploi de l'organisation depuis de nombreuses années et témoignent d'un sentiment d'appartenance. Il a été constaté, à plusieurs reprises, le travail d'employés motivés, tant par leur attitude générale que par leur contact chaleureux et respectueux avec les résidents. L'organisme a un souci constant du bien-être de ses employés et plusieurs actions le démontrent, tant par des activités de formation pertinentes et nombreuses que par la disponibilité d'équipements adéquats pour permettre un travail efficace et sécuritaire. L'organisme mise sur une stratégie de formation, du support et du soutien clinique, du contrôle de la qualité et de la communication pour assurer la qualité de ses soins et services. Enfin, l'organisme favorise une culture de déclaration des accidents et incidents axée sur l'amélioration de la qualité.

L'équipe de soins est dédiée et attentionnée à l'égard des résidents. Une approche milieu de vie et le souci de répondre aux besoins des résidents s'y retrouvent. L'organisme s'assure de doter son personnel des outils et équipements requis pour assurer des services de qualité. Malgré le contexte physique présentant plusieurs restrictions dans l'une de ses installations (corridors étroits, chambres à deux (2) lits, petites salles à manger), le personnel déploie des efforts importants pour créer une ambiance familiale et chaleureuse. Une attention particulière est portée à la gestion des risques et à la prévention des accidents. La qualité est aussi un souci constant pour l'équipe de direction et l'équipe de soins.

Les résidents et leurs familles se disent satisfaits des soins et services. Ils participent au plan d'intervention interdisciplinaire, à l'accueil. Un comité des usagers est en place et les membres affirment obtenir écoute et collaboration de la direction générale. Ils disent se sentir à l'aise de faire des demandes au nom des usagers et recevoir des solutions rapides de la part de la direction.

Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et l'ensemble de normes où le but se trouve.

| Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité | Ensemble de normes |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail | |
| <p>Programme d'entretien préventif Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils médicaux, l'équipement médical et la technologie médicale.</p> | <ul style="list-style-type: none"> · Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership 9.6 |

Section 3 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.

Par exemple, le processus prioritaire qui traite du cheminement des usagers englobe des critères provenant d'un certain nombre d'ensembles de normes qui touchent chacun à divers aspects du cheminement des usagers, de la prévention des infections à l'établissement d'un diagnostic ou à la prestation de services chirurgicaux au moment opportun. Cela offre une image complète de la façon dont les usagers sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou les services.

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

3.1 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.

3.1.1 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.

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership | |
| 4.5 Le plan stratégique de l'organisme comprend des buts et des objectifs conformes à la mission et aux valeurs, dont les résultats sont mesurables. | |

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

Le CHSLD Age 3 s'est doté d'une équipe de direction très motivée, dynamique et rigoureuse. Plusieurs changements dans les membres de l'équipe de direction ont été notés depuis 2012 et l'équipe de direction est stable depuis 6 mois. Les visiteurs ont constaté une grande volonté de l'organisation à se doter d'une vision stratégique globale pour s'assurer de l'actualisation d'un milieu de vie, de services de qualité, sécuritaires et d'interventions appropriées aux résidents.

Un plan stratégique 2015-2018 est en place et il est soutenu par une politique de l'établissement. On retrouve une mission (offrir des services personnalisés et de qualité et des soins sécuritaires), des valeurs (respect, adaptation, relations, climat de travail, leadership et professionnalisme) et une vision (qualité, compétences, expérience client). Il n'y a pas d'analyse formelle des menaces et opportunités faite par l'organisme mais certains enjeux ont été relevés lors de la rencontre initiale avec l'organisme, notamment en regard du recrutement et la rétention des ressources humaines, la qualité et la sécurité.

Un plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité 2015-2016 est en cours d'élaboration, en lien avec la planification stratégique. Ce dernier est élaboré à partir des quatre objectifs prioritaires du plan stratégique (harmoniser les pratiques administratives, être un employeur de choix, améliorer la qualité et la sécurité et favoriser l'expérience client). Chacune des directions y propose un plan opérationnel comprenant des objectifs, des moyens d'actions, des responsables, des échéanciers ainsi que des indicateurs de réalisation. Il a été discuté que certains indicateurs devraient être revus pour mieux s'harmoniser avec les objectifs et les moyens proposés. Par contre, pour certaines directions, plusieurs indicateurs de réalisation sont absents ou ne sont pas optimaux avec les actions proposées. Il a aussi été discuté que le suivi d'indicateurs devait s'inscrire dans une approche globale associée à un suivi de niveau stratégique, par exemple sur une base trimestrielle (identification des indicateurs, collecte des données, analyse au comité

de direction de l'établissement, transfert de l'information vers les comités aviseurs pertinents, proposition de moyens d'amélioration, mise en œuvre et évaluation). L'organisme est invité à identifier le cycle d'amélioration continue de la qualité autour des indicateurs retenus et les instances impliquées. Ce cycle pourrait donc identifier les différents niveaux de l'organisme où seraient présentés et discutés ces différents indicateurs. Une politique sur la mise en place d'un tableau de bord prospectif encourage l'établissement à identifier des indicateurs pertinents à optimiser sa gestion. Finalement l'organisme s'est engagé dans une démarche de mise à l'essai de la stratégie relative aux indicateurs avec Agrément Canada. Les visiteurs tiennent particulièrement à souligner le travail fait par l'organisme dans cette première version d'un plan opérationnel de la qualité. Une prochaine version est en cours de réalisation.

Une charte de vie (code d'éthique) est aussi en place touchant tant les souhaits et engagements des résidents (respect, dignité, vie privée) que ceux des employés (engagement, gestion des risques). Elle complète la mission du CHSLD Age 3 et comporte les valeurs auxquelles adhèrent tous les intervenants. La Charte de vie a été élaborée suite à un processus consultatif dans lequel on y retrouvait des résidents ou leurs familles, les membres du personnel, les bénévoles, les cadres et les responsables.

L'organisme est aussi soucieux de mettre en place une approche préventive axée sur la gestion des risques et la sécurité et le développement des compétences de son personnel. Une culture de sécurité et de qualité est omniprésente dans l'organisation et les visiteurs ont pu le constater, à plusieurs reprises.

Il a aussi été discuté que la planification stratégique a été élaborée et partagée avec les gestionnaires et les employés mais pas avec les résidents et leurs familles. Il est suggéré de la présenter au comité milieu de vie ainsi qu'au comité de pratique professionnelle en place.

3.1.2 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

Il existe un processus de planification et de gestion des ressources budgétaires entre la direction des ressources financières, la direction générale et les cadres. La direction procède annuellement à la préparation du budget. Un suivi rigoureux est fait, mensuellement, par les services financiers avec un suivi du processus budgétaire.

L'établissement prépare un plan d'acquisition des équipements médicaux et non médicaux. Ce plan est partagé avec les directeurs et révisé au besoin au comité de direction.

Plusieurs politiques sont en place et à jour : la gestion budgétaire, les besoins spéciaux, la gestion des inventaires, le transport des résidents et autres politiques. Il a été discuté que la formation des nouveaux cadres, sur le processus budgétaire, est à faire.

3.1.3 Processus prioritaire : Capital humain

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

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership | |
| 10.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme suit une politique et une procédure pour évaluer régulièrement le rendement du personnel. | ! |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |

Une nouvelle direction des ressources humaines est en place depuis avril 2015. L'équipe étant déjà fragilisée par le départ et l'arrivée de nouveau personnel, au sein de cette direction, l'arrivée de cette nouvelle personne a permis la mise en place de nombreuses réalisations.

Plusieurs politiques sont en place pour standardiser la pratique: la validation des permis pour les membres d'ordres professionnels, le guide des mesures disciplinaires, l'appréciation de la contribution, la santé et la sécurité, le développement des compétences, la prévention des conflits et le harcèlement, l'incivilité, la gestion de la présence au travail, la vérification des antécédents judiciaires et autres politiques.

Les descriptions de fonctions des employés sont majoritairement à jour et on y retrouve des éléments en relation avec le milieu de vie sécuritaire et la qualité. Par contre, certaines demeurent à réviser et ne sont pas connues des employés.

L'appréciation du rendement des employés est à faire pour la plupart du personnel syndiqué. Les évaluations en période de probation sont faites et une copie se retrouve au dossier des employés visés.

Un PDRH (plan de développement des ressources humaines), permettant de définir les moyens retenus par l'établissement pour supporter la mise en œuvre des orientations stratégiques organisationnelles au plan des ressources humaines dans une vision à court, moyen et long terme est en place.

Le plan d'action sur les résultats du sondage culture de sécurité réalisé est à faire pour assurer la mise en place des mesures correctives. Il a en effet été discuté que le sentiment des employé(e)s de faire l'objet de réprimandes ou de mesures disciplinaires en cas de déclaration d'un évènement indésirable ou d'une erreur devait faire l'objet d'action de la part de l'employeur.

Plusieurs formations ont été dispensées auprès de plusieurs catégories d'employés. Par exemple, la formation sur le nouveau plan de travail des PAB (préposés aux bénéficiaires), les mesures de contrôle (contentions), le lavage des mains, l'influenza, la gestion des opiacés, la gestion de la douleur et autres formations.

3.1.4 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.

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership | |
| 14.10 L'organisme surveille sa culture de sécurité en ayant recours au Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers. | ! |
| 15.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme utilise les indicateurs de rendement dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité. | ! |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |

Une politique sur l'amélioration continue de la qualité est en place. Elle comprend les notions pertinentes en matière de qualité et le rôle des différentes instances. On y retrouve l'obligation d'actualiser un tableau de bord de mesure de la performance. Il a été discuté que la politique pourrait être bonifiée en y ajoutant la démarche du cycle d'amélioration continue de la qualité dans l'établissement.

Un plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité 2015-2016 est en cours d'élaboration, en lien avec la planification stratégique. Ce dernier est élaboré à partir des quatre (4) objectifs prioritaires du plan stratégique. Chacune des directions y propose un plan opérationnel comprenant des objectifs, des moyens d'action, des responsables, des échéanciers ainsi que des indicateurs de réalisation.

Il existe une politique de gestion des événements indésirables présentant les responsables, le rôle des instances impliquées, la gestion des événements incluant la déclaration et la divulgation. L'organisme assure une vigie serrée sur les accidents et incidents.

Il a été discuté et constaté qu'il n'y a pas de comité de vigilance et de la qualité actuellement actif dans l'organisation. Un comité transitoire, restreint, de la gestion des risques est actif et est intégré au comité de gestion de l'établissement, de façon temporaire. L'absence récente de plusieurs acteurs clés a exigé de la part de la direction générale de prendre des moyens transitoires pour assurer un suivi de la qualité et des risques, ce qui a été fait. Avec la nouvelle stabilité des ressources, l'organisme vise maintenant à mettre un comité de vigilance et de la qualité en place ainsi qu'un comité de gestion des risques avec une composition interdisciplinaire (forme combinée possible).

Il n'y a pas de conseil professionnel des infirmières et infirmiers (CII), de conseil multidisciplinaire (CM) ou conseil des médecins et dentistes (CMDP). Bien que ces derniers pourraient exercer un leadership en matière de participation à l'élaboration des programmes cliniques, à la formation et au suivi de plusieurs indicateurs de qualité, il a été discuté que le comité d'amélioration des pratiques professionnelles en place pourrait assumer ces rôles. En effet, cette instance pourrait être mieux impliquée dans le suivi des indicateurs de qualité et de gestion des risques afin d'optimiser leur responsabilité en matière de qualité des soins et services.

3.1.5 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.

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership | |
| 1.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme offre de la formation au conseil d'administration, aux autres cadres de l'organisme, au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles sur l'utilisation du cadre d'éthique. | |

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

Il n'existe pas de cadre de référence en matière d'éthique. Par contre, il existe un outil écrit standardisé (politique sur l'éthique clinique) établissant des balises et permettant de documenter le processus décisionnel éthique. Cette politique s'inscrit en complémentarité de la charte de vie en place qui est un document de référence en matière des besoins et des responsabilités des résidents et des intervenants. Le processus, standardisé sur un formulaire, comprend la description du problème (solution désirée, solution proposée, réaction de l'utilisateur), la démarche interdisciplinaire (cadre légal, environnement, ressources). Par contre, on ne retrouve pas de section permettant d'identifier plus clairement les parties impliquées, de cerner le dilemme éthique, l'analyse des options, les valeurs en cause et une réévaluation postérieure. Il a été proposé que l'outil standardisé en place puisse être bonifié en y ajoutant ces volets. Il n'a pas été possible d'analyser un processus de résolution de problème éthique (traceur clinique) puisque l'établissement dit ne pas avoir été confronté à une telle situation dans la dernière année.

Les visiteurs ont aussi constaté que l'approche de résolution de problème d'ordre éthique est plutôt réactive que proactive. La formation sur le politique éthique n'a pas été donnée au personnel. Dans une approche proactive, l'organisme pourrait proposer des situations éthiques lors de ces formations pour guider les intervenants dans la résolution des problèmes éthiques potentiels pertinents en hébergement (refus de soins, refus de s'alimenter, soins de fin de vie, soulagement de la douleur, sexualité des personnes âgées ou handicapées ou autre enjeu). En exerçant un tel leadership, le cadre de référence en éthique (ou la politique) exercerait un effet préventif et serait proactif.

3.1.6 Processus prioritaire : Communication

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

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership | |
| 7.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme consulte régulièrement les partenaires de l'organisme pour évaluer l'efficacité de ses relations avec ceux-ci. | |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |

Une politique encadre les activités de communication auprès des publics internes et externes. Les rôles et responsabilités sont clairement définis. Plusieurs moyens de communication sont utilisés pour informer les employés : des journaux internes portant sur des sujets cliniques, de ressources humaines, de la sécurité des soins et des services. Ces parutions pourraient être bonifiées en indiquant les améliorations apportées ainsi que les bons coups de l'organisation.

Des rencontres régulières d'équipe sont planifiées et tenues avec le gestionnaire. Ces moments d'échange sont appréciés par le personnel.

Des efforts sont déployés pour uniformiser les processus, les programmes cliniques et les façons de faire pour les deux centres. Des communications écrites soutiennent les gestionnaires dans ces processus d'harmonisation.

Le service de l'informatique assure la gestion des accès selon les rôles et les responsabilités des employés. Malgré l'ère de la technologie, beaucoup de papier circule dans l'organisation. Au CHSLD St-Vincent, le déploiement d'outil informatique pour le personnel pourrait soutenir les intervenants, améliorer la continuité des soins ainsi que le suivi des indicateurs.

Il n'y a pas d'évaluation de l'efficacité des relations avec les différents partenaires.

3.1.7 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)

Des projets de rénovation sont en cours de réalisation au CHSLD St-Jude. Les espaces pour le salon des usagers et des familles ainsi que la salle à manger des unités de vie sont restreints, ce qui limite la socialisation pour la clientèle hébergée.

Au CHSLD St-Jude, on note l'encombrement de plusieurs corridors par du matériel de soins, des chariots à linge, des fauteuils roulants. Le dégagement d'un côté du corridor permettrait la circulation plus sécuritaire des résidents, des familles et des employés.

Les fumoirs sont conformes aux normes. Cependant, l'organisation est encouragée à faire l'ajout d'extincteur incendie et de couverture ignifuge dans ces locaux.

Le remplacement du système de cloches d'appel est pratiquement terminé. Ce projet d'amélioration contribue grandement à la sécurité des résidents. Les travaux sont en voie d'être finalisés au CHSLD St-Vincent Marie.

Des systèmes d'appoint sont prévus pour les systèmes de ventilation, de chauffage et des mécaniques. Les réfrigérateurs et congélateurs des services alimentaires sont branchés sur le système d'alarme.

Des produits d'entretien ménager ont été retrouvés sur le chariot laissé dans le corridor sur deux unités de vie au CHSLD St-Jude ainsi qu'au CHSLD St-Vincent Marie. L'organisation est invitée à limiter l'accès aux produits dangereux pour la clientèle, en s'assurant l'utilisation des chariots mis à la disposition des employés œuvrant dans ce secteur.

3.1.8 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 des mesures d'urgence est en place et il a été révisé. Pour le code rouge (incendie), il y a les listes d'évacuation à jour, révisée à chaque semaine. Le plan est connu des employés et de la formation annuelle est donnée. Pour le code bleu, on retrouve un charriot d'urgence sur les unités de vie et le contenu du coffre contenant les médicaments d'urgence est scellé et vérifié avec l'aide d'une feuille de contrôle sur une base mensuelle.

Des exercices d'évacuation sont faits et des ententes écrites sont à conclure avec les partenaires en cas de mesures d'évacuation, pour le CHSLD Saint-Vincent Marie. Ces ententes sont en place pour le CHSLD Saint-Jude.

Lors de la visite il a été noté que la porte d'entrée principale du CHSLD Saint-Vincent Marie n'est pas dotée d'un système anti-fugue pour les résidents porteurs d'un bracelet anti-fugue. Dans cette installation, il a aussi été observé que la porte donnant accès à la chute à linge souillé n'est pas munie d'un mécanisme de verrouillage pour en limiter l'accès.

3.1.9 Processus prioritaire : Cheminement des clients

Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des clients et des familles entre les services et les milieux de soins.


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

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

Un processus d'admission est en place avec le service régional d'admission. Les plans d'interventions interdisciplinaires sont faits dans un délai de six (6) semaines post admission et révisés annuellement avec la participation de la famille.

3.1.10 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership | |
| <p>9.3 Le personnel d'encadrement de l'organisme dispose d'une procédure structurée et transparente pour sélectionner et acheter l'équipement, les instruments et les appareils médicaux, ainsi que pour choisir des fournisseurs compétents.</p> | |
| <p>9.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils médicaux, l'équipement médical et la technologie médicale.</p> <p>9.6.1 Il existe un programme d'entretien préventif pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie.</p> |  PRINCIPAL |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |

L'évaluation des besoins en équipement n'est pas encadrée par un processus formalisé. Les demandes d'équipement proviennent habituellement du personnel. L'organisation procède aux achats, selon les besoins et les ressources disponibles. Il est suggéré qu'un inventaire des équipements soit mis en place afin d'établir la priorité de remplacement.

L'organisation s'est dotée d'une politique sur l'entretien des équipements. Un outil informatique permet de s'assurer la fréquence d'entretien sur des équipements préalablement identifiés par le service technique. L'organisme est invité à inclure les équipements médicaux dans son programme d'entretien, en y mentionnant la fréquence ainsi que de préciser si l'entretien en est fait par une firme externe. Il est suggéré que ces informations soient aussi transmises aux gestionnaires des unités de soins.

Il n'y a aucune activité de stérilisation ou de retraitement de matériel et de dispositifs médicaux. Le matériel à usage unique n'est pas réutilisé.

3.2 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 :

Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

- Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

- Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

- Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.

Épisode de soins

- Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.

Aide à la décision

- Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique.

Impact sur les résultats

- Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.

3.2.1 Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections | |
| <p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p> | |
| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) | |
| Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections | |
| <p>Le programme de prévention et contrôle des infections a été revu et mis à jour en fonction des données probantes et des lignes directrices. Le programme est disponible sur toutes les unités de vie.</p> <p>Les visiteurs souhaitent souligner le travail des gestionnaires, de la conseillère clinique et de la conseillère en prévention des infections pour toutes les mesures d'amélioration mises en place depuis la dernière visite d'agrément. Parmi ces mesures, le suivi du taux d'infection, l'acquisition de matériel, l'implantation d'une cellule de gestion d'éclosion ainsi que la formation du personnel qui contribuent à l'amélioration de la sécurité des soins et de l'environnement.</p> <p>La consultation de l'infirmière en prévention et contrôle des infections est effectuée lors des récents travaux de rénovation. Il est suggéré de formaliser cette pratique dans le programme de PCI (prévention des infections).</p> <p>Malgré l'augmentation du taux de conformité du lavage des mains, des activités pour renforcer cette pratique sont à poursuivre.</p> <p>Considérant l'importance de la prévention et du contrôle des infections, les visiteurs encouragent l'organisation à favoriser l'implication des employés de l'entretien ménager pour l'application des mesures ainsi qu'à valoriser leur contribution à réduire les risques d'éclosion en utilisant des techniques de nettoyage et de désinfection reconnues.</p> <p>Les visiteurs soulignent l'importance de la tenue de rencontres régulières du comité de prévention des infections afin de bien cerner les risques et de mettre en place des mesures préventives et correctives. Dans ce cadre, il est suggéré qu'un calendrier de rencontres soit suivi rigoureusement.</p> | |

3.2.2 Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments | |
| 23.3 L'organisme assure le suivi des indicateurs de processus et de résultats pour la gestion des médicaments. | |
| 23.4 L'organisme utilise l'information recueillie concernant son mécanisme de gestion des médicaments pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et il apporte des améliorations en temps opportun. | |
| 23.5 L'organisme communique les résultats des évaluations au personnel et aux prestataires de services. | |

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

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

Les services de pharmacie sont dispensés par deux firmes externes, ce qui rend difficile l'harmonisation des pratiques. L'organisation est consciente des impacts de cette situation et souhaite y apporter une solution.

Les médicaments à risque élevé sont identifiés et des mesures de sécurité sont en place pour prévenir les accidents: la double vérification, la diminution des concentrations, l'affichage en couleur.

Les intervenants mentionnent le soutien professionnel remarquable des pharmaciens pour toute question pharmacologique et, en tout temps. Plusieurs communiqués émis par le service de pharmacie informent des changements proposés pour de nouvelles façons de faire.

Il n'y a pas d'analyse spécifique et approfondie sur les causes d'erreur d'administration de la médication. Il a été discuté avec l'équipe qu'une telle approche est à mettre en place pour améliorer la sécurité des soins et services aux résidents.

La révision du formulaire des médicaments est faite avec l'équipe soignante. L'organisme est encouragé à tenir des rencontres régulières avec les soins infirmiers et, si possible, avec les médecins afin de prévenir et traiter toute problématique pharmacologique. De plus, l'importance de faire un compte rendu de rencontres a été soulignée.

Les visiteurs ont constaté, à deux reprises, au CHSLD St-Jude, les chariots à médicaments avaient été laissés déverrouillés sans surveillance, à la portée des résidents et des familles. L'organisation est invitée à sensibiliser son personnel à adopter des comportements sécuritaires pour la clientèle.

3.2.3 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|----------------------|----------------------------|
|----------------------|----------------------------|

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

| | | |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 4.10 | L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement sur les façons de prévenir et de gérer les comportements réactifs des résidents. | ! |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

| | | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 4.15 | Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive. | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 5.5 | L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres. | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Processus prioritaire : Épisode de soins

| | | |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 13.4 | L'équipe contribue à ce que les repas soient une expérience agréable pour chaque résident. | |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| | | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------|--|
| 13.6 | L'équipe fait participer les résidents à la planification du menu, si possible. | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------|--|

| | | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 14.3 | Dans le cadre de l'orientation et sur une base continue, l'équipe reçoit du perfectionnement et de la formation sur la prestation de soins palliatifs et de soins de fin de vie de qualité. | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

| | | |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 20.3 | L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre. | ! |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les services offerts sont en lien avec la planification stratégique. Les gestionnaires ont été impliqués pour la définition des objectifs et des moyens.

L'équipe connaît bien la clientèle dont elle est responsable. Les équipes rencontrées étaient très expérimentées. Des efforts ont été déployés pour combler des postes de préposés aux bénéficiaires, ce qui améliore la continuité des services. La stabilité du personnel a été un élément positif mentionné de la part de membres de famille et des résidents rencontrés.

Une conseillère clinique soutient les équipes de travail pour la formation, le développement de compétences cliniques et l'appropriation de nouveaux outils cliniques.

Les membres du personnel se rencontrent de façon régulière, selon un calendrier établi. Ils mentionnent la possibilité d'exprimer leur opinion, leurs suggestions ainsi que l'ouverture à proposer des changements.

Dans les deux sites, les visiteurs ont observé un support et un encadrement important de l'organisation auprès du personnel. Le dynamisme des gestionnaires, leur engagement pour la qualité et la sécurité des soins aux usagers sont des éléments de mobilisation pour leur personnel.

Processus prioritaire : Compétences

Un programme d'orientation structuré est offert au nouveau personnel.

L'organisme est à revoir le rôle et les responsabilités des intervenants des soins infirmiers. Les infirmières du CHSLD St-Vincent ont participé, récemment, à la formation sur l'exercice du leadership. Les commentaires ont été très positifs. L'organisme est encouragé à poursuivre cette démarche pour l'ensemble des infirmières afin d'optimiser leur rôle exercice.

Un calendrier pour la tenue d'équipe inter disciplinaire est en place. Les visiteurs ont pu constater la structure de la réunion, les objectifs visés ainsi que les mesures mises en place pour optimiser les rencontres, suite à l'évaluation du fonctionnement de l'équipe.

Une évaluation est effectuée lors de la probation du nouveau personnel. L'organisation est invitée à procéder à l'appréciation de la contribution des employés en cours d'emploi.

L'organisation n'a pas élaboré de programme de gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Au moment de l'admission, l'équipe s'assure d'une intégration, bien structurée, du résident et de ses proches. Un guide d'accueil, très descriptif, sur la gamme de soins et services offerts est remis.

L'équipe utilise des outils normalisés pour l'évaluation du risque de chutes, des lésions de pression, de l'évaluation de la douleur. En suivi, des directives sont inscrites au plan thérapeutique infirmier, lequel est mis à la disposition des infirmières auxiliaires. Ces consignes se retrouvent au plan de travail des préposés aux bénéficiaires.

Il a été discuté que, bien que le programme de prévention de plaies ait été révisé récemment, le volet traitement est à faire et qu'un tableau de bord de suivi des plaies de pression est recommandé, ceci en dehors du suivi des statistiques.

Il a été discuté que bien qu'un programme des chutes soit en place, la dimension du suivi post-chute est à consolider.

Il a été observé qu'il n'y a pas de suivi systématisé pour les résidents présentant de la douleur chronique, ni de programme de gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence qui permettrait de mieux gérer ce type de problématique.

Les intervenants ont accès à des ressources professionnelles externes, lors de situations cliniques complexes.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Dans le cadre de la tenue de dossier de l'équipe interdisciplinaire, il a été discuté et observé que le service de physiothérapie tient un dossier parallèle, contrairement aux exigences légales qui obligent un dossier unique. L'organisme est invité à revoir sa procédure afin que les interventions notées au formulaire (évaluation de l'efficacité des traitements) se retrouvent uniquement au dossier actif de l'utilisateur pour assurer l'accessibilité et la continuité des soins et services.

Dans le cadre de la tenue de dossier de l'ergothérapeute, il a été observé et discuté que les notes évolutives informatisées qu'elle appose au dossier ne contiennent pas les deux identificateurs client requis puisque seul le nom du résident ainsi que le numéro de chambre y figurent. Il a été recommandé de remplacer le numéro de chambre par le numéro de dossier ou par un autre identificateur autorisé.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Plusieurs indicateurs de qualité sont suivis par les gestionnaires. L'organisme est encouragé à communiquer ses résultats et de mettre en valeur les mesures prises pour l'amélioration des pratiques cliniques, administratives et de gestion.

Section 4 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.

4.1 Sondage sur la culture de sécurité des patients

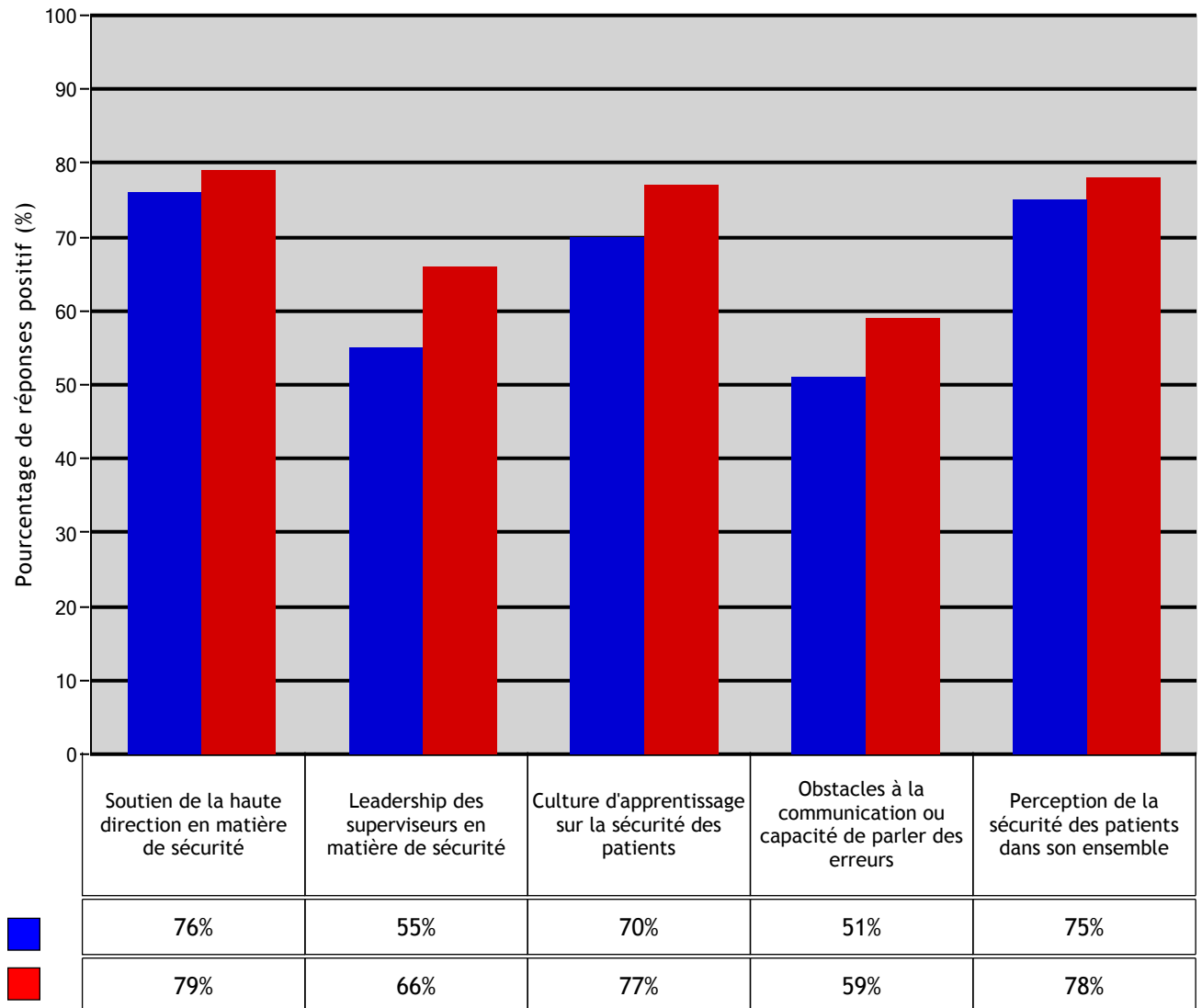
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les organismes, et ce, dans quelle mesure. Le Sondage sur la culture de sécurité des patients, un outil fondé sur l'expérience concrète qui offre des renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des usagers. Cet outil permet aussi d'accorder une note globale aux organismes pour ce qui est de la sécurité des usagers et d'évaluer diverses dimensions de la culture de sécurité des usagers.

Les résultats de l'évaluation de la culture de sécurité des patients permettent à l'organisme de cerner ses points forts et ses possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des usagers et à la qualité de vie au travail.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage sur la culture de sécurité des patients, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- Période de collecte de données : 22 septembre 2014 au 19 novembre 2014
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 102
- Nombre de réponses : 155

Culture de sécurité des patients : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



Légende

■ CHSLD Age 3

■ * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2014 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

4.2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

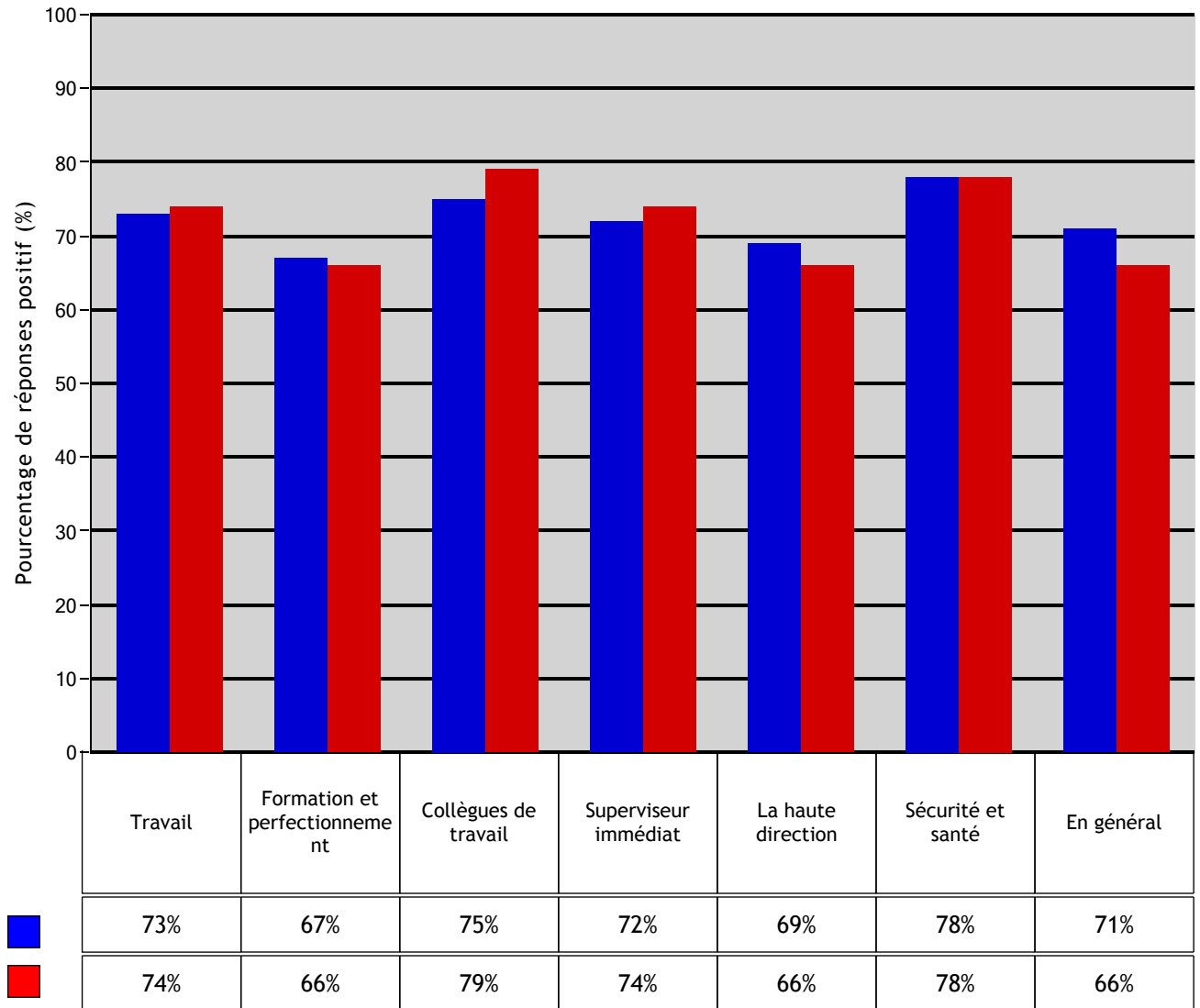
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend un instantané de la qualité de vie au travail.

Les organismes peuvent utiliser les constatations qui découlent du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail pour cerner les points forts et les lacunes dans la qualité de vie au travail, inciter leurs partenaires à participer aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier les interventions pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement comment la qualité de vie au travail a une influence sur la capacité de l'organisme d'atteindre ses buts stratégiques. En se concentrant sur les mesures à prendre pour améliorer les déterminants de la qualité de vie au travail mesurés au moyen du sondage, les organismes peuvent améliorer leurs résultats.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- Période de collecte de données : 22 septembre 2014 au 19 novembre 2014
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 144
- Nombre de réponses : 198

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail : résultats en fonction du milieu de travail



Légende

■ CHSLD Age 3

■ * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2014 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

4.3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

Évaluer l'expérience de l'utilisateur de façon systématique et structurée permet aux organismes de recueillir de l'information qu'ils peuvent utiliser pour améliorer les services centrés sur l'utilisateur, accroître la participation de celui-ci et alimenter les projets d'amélioration de la qualité.

L'organisme, avant la visite, se sert d'un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur qui porte sur les dimensions suivantes :

Respect des valeurs des usagers, de leurs besoins et de leurs préférences, dont le respect des droits, des valeurs culturelles et des préférences des usagers; l'obtention d'un consentement éclairé et la prise de décisions conjointe; et l'encouragement à une participation active à la planification des soins et à la prestation des services.

Partage d'information, communication et enseignement, y compris fournir l'information que les gens désirent obtenir, assurer une communication ouverte et transparente, et offrir de l'enseignement aux usagers et à leur famille au sujet des questions liées à la santé.

Coordination et intégration des services d'un point de service à l'autre, dont l'accès aux services, un service continu dans l'ensemble du continuum de soins et la préparation des usagers pour le congé ou la transition.

Amélioration de la qualité de vie dans le milieu de soins et dans les activités de la vie quotidienne, y compris pour ce qui est d'offrir le confort physique, la gestion de la douleur, le soutien émotionnel et spirituel et du counseling.

L'organisme a ensuite la possibilité de voir aux possibilités d'amélioration et de discuter des projets liés à l'amélioration de la qualité avec les visiteurs durant la visite d'agrément.

| Exigence du programme sur l'expérience vécue par l'utilisateur | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| L'organisme a effectué un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur en se servant d'un outil et d'une approche qui répondent aux exigences du programme d'agrément. | Conforme |
| L'organisme a transmis à Agrément Canada un ou plusieurs rapports de sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur. | Conforme |

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 quatre 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. L'organisme transmet à Agrément Canada les preuves des mesures prises pour les éléments qui exigent un suivi.

Évaluation des preuves et amélioration continue

Cinq mois après la visite, Agrément Canada évalue les preuves transmises par l'organisme. Si ces preuves démontrent qu'il y a maintenant conformité à un pourcentage suffisant de critères qui n'étaient pas respectés auparavant, un nouveau type d'agrément pourrait être attribué pour tenir compte des progrès de l'organisme.

Annexe B Processus prioritaires

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

| Processus prioritaire | Description |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Capital humain | Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité. |
| Cheminement des clients | Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des clients et des familles entre les services et les milieux de soins. |
| Communication | Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les partenaires de l'externe. |
| Environnement physique | Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme. |
| Équipement et appareils médicaux | Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé. |
| Gestion des ressources | Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation appropriées des ressources. |
| 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. |
| Gouvernance | Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance. |
| 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. |
| 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. |
| 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. |

Processus prioritaires qui se rapportent à des normes relatives à des populations spécifiques

| Processus prioritaire | Description |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gestion des maladies chroniques | Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique. |

| Processus prioritaire | Description |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Santé et bien-être de la population | Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation. |

Processus prioritaires qui se rapportent aux normes sur l'excellence des services

| Processus prioritaire | Description |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aide à la décision | Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique. |
| Analyses de biologie délocalisées | Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé. |
| Banques de sang et services transfusionnels | Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion. |
| Compétences | Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces. |
| Direction clinique | Diriger et guider les équipes qui offrent les services. |
| Don d'organes (donneur vivant) | Offrir des services de don d'organes provenant de donneurs vivants, par exemple, en appuyant les donneurs potentiels dans une prise de décisions éclairée, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur et en réalisant des procédures liées aux dons d'organes. |
| Dons d'organes et de tissus | Offrir des services de don d'organes aux donneurs décédés et à leurs familles, ce qui englobe l'identification des donneurs potentiels, la communication avec les familles et le prélèvement des organes. |
| Épisode de soins | Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé. |
| Épisode de soins primaires | Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services. |
| Gestion des médicaments | Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie. |
| Impact sur les résultats | Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients. |

| Processus prioritaire | Description |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interventions chirurgicales | Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé. |
| 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. |
| Santé publique | Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé. |
| Services de diagnostic - Imagerie | Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé. |
| Services de diagnostic - Laboratoire | Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé. |
| Transplantation d'organes et de tissus | Offrir des services de transplantation d'organes, à partir de l'évaluation initiale des receveurs potentiels jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés. |