ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

CHSLD Bussey

Lachine, QC

Dates de la visite d'agrément : 27 septembre au 1 octobre 2021

Date de production du rapport : 2 février 2022

Au sujet du rapport

CHSLD Bussey (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 2021. 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

Ce rapport est confidentiel et sera traité en toute confidentialité par Agrément Canada conformément aux conditions générales convenues entre votre organisme et Agrément Canada pour le Programme d'évaluation.

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.

Droits d’auteur © 2021 Agrément Canada et ses concédants de licence. Tous droits réservés. Toute utilisation, reproduction et autre exploitation du présent document est soumise aux conditions générales convenues entre votre organisme et Agrément Canada pour le Programme d'évaluation. Toute autre utilisation est 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 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 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

Sommaire 1

Décision relative au type d'agrément 1

Au sujet de la visite d'agrément 2

Analyse selon les dimensions de la qualité 3

Analyse selon les normes 4

Aperçu par pratiques organisationnelles requises 5

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs 8

Résultats détaillés de la visite 11

Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires 12

Processus prioritaire : Planification et conception des services 12

Processus prioritaire : Gestion des ressources 14

Processus prioritaire : Capital humain 15

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité 17

Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes 19

Processus prioritaire : Communication 20

Processus prioritaire : Environnement physique 22

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence 23

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes 24

Processus prioritaire : Cheminement des clients 25

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux 26

Résultats pour les normes sur l'excellence des services 27

Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service 28

Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service 30

Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service 32

Résultats des outils d'évaluation 39

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers 40

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail 41

Commentaires de l'organisme 43

Annexe A - Programme Qmentum 44

Annexe B - Processus prioritaires 45

Sommaire

CHSLD Bussey (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.

Décision relative au type d'agrément

CHSLD Bussey a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé avec mention d'honneur

L'organisme atteint le plus haut niveau de résultats possible et fait preuve d'excellence dans sa conformité aux exigences du programme d'agrément.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 27 septembre au 1 octobre 2021**

- **Emplacement**

  L'emplacement suivant a été évalué pendant la visite d'agrément.

  1. CHSLD Bussey

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

  Normes sur l'excellence des services

  4. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services

- **Outils**

  L'organisme a utilisé les outils suivants :

  1. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
  2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

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	1	15
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	10	0	0	10
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	132	0	9	141
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s’occupent de moi.)	37	0	1	38
Services centrés sur l’usager (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	61	6	0	67
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.)	165	4	9	178
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	6	0	0	6
Total	**432**	**10**	**20**	**462**

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
Leadership - Petits organismes de santé extra-hospitaliers	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	69 (98,6%)	1 (1,4%)	0	108 (98,2%)	2 (1,8%)	0
Prévention et contrôle des infections - Organismes extra-hospitaliers	26 (100,0%)	0 (0,0%)	8	44 (100,0%)	0 (0,0%)	3	70 (100,0%)	0 (0,0%)	11
Gestion des médicaments - Organismes extra-hospitaliers	41 (100,0%)	0 (0,0%)	4	39 (86,7%)	6 (13,3%)	2	80 (93,0%)	6 (7,0%)	6
Soins de longue durée	55 (98,2%)	1 (1,8%)	0	98 (99,0%)	1 (1,0%)	0	153 (98,7%)	2 (1,3%)	0
Total	**161 (98,8%)**	2 (1,2%)	12	250 (96,9%)	8 (3,1%)	5	411 (97,6%)	10 (2,4%)	17

* 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
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgation des événements (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Identification des usagers (Soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	6 sur 6	2 sur 2
Programme d'entretien préventif (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Stratégie de prévention des chutes (Soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	1 sur 1

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.

La visite d'Agrément Canada a impliqué trois installations qui sont les suivantes : le CHSLD Bourget à Pointe-aux-Trembles de 70 lits, le CHSLD Bussey à Lachine de 31 lits et le Centre hospitalier St-François à Québec de 28 lits. La dernière visite d'agrément date de 2016 (pour le CHSLD Bourget et le Centre hospitalier St-François) et de 2017 pour celui de Lachine. Toutes les trois installations sont des privée-conventionnée. Une visite ministérielle d'appréciation du milieu de vie a eu lieu pour les trois installations en 2019.

La présence d'une équipe engagée et un milieu de vie bien établi représentent des forces appréciables. L'établissement a répondu positivement aux suggestions des visites d'agrément précédentes. Il est difficile de comparer les résultats des deux visites car le contexte est différent. On peut cependant indiquer qu'il y a une nouvelle dynamique avec un encadrement précis qui vise l'amélioration de la qualité. D'ailleurs des orientations stratégiques communes aux trois installations ont été produites pour la période 2020-2025. Cet exercice essentiel est propice pour tisser des liens entre l'organisme, ses partenaires et la communauté. Ces orientations stratégiques définissent les valeurs (respect, engagement, sécurité, transparence) qui guident les interventions.

Il y a aussi quatre (4) enjeux principaux (Viser l'excellence dans la qualité de soins et des services; la pénurie, les nouvelles valeurs du travail et le recrutement de personnes engagées et compétentes; un financement à la hauteur de nos ambitions ; une communication fluide qui contribue à la performance organisationnelle). Les enjeux se déclinent avec des objectifs spécifiques, des plans d'actions, indicateurs de résultats et résultats attendus. Des plans opérationnels reprennent plusieurs de ces éléments.

Conseil d'administration et la direction
Compte tenu de son statut privé, la composition du Conseil d'administration est différente de celle des établissements publics. La gouvernance est assurée par les Directrices générales (une pour le CHSLD Bourget et Centre hospitalier St-François et l'autre pour le CHSLD Bussey) et font des comptes rendus aux mois aux actionnaires. Les propriétaires sont soucieux et jouent un rôle actif dans la promotion d'une culture de performance et des meilleures pratiques pour s'assurer de la qualité des soins et services offerts aux résidents. Pour le volet des communications avec les résidents et les familles, plusieurs outils sont en utilisation. Il y a une grande disponibilité de la direction ainsi que des professionnels avec une philosophie de gestion « porte ouverte ». Pendant la pandémie plusieurs moyens ont été utilisé pour maintenir le lien affectif avec les proches des résidents et la circulation de l'information avec le personnel. La présence d'une équipe engagée et un milieu de vie bien établi représentent des forces appréciables.

Toutefois, l'organisme doit faire face à des défis importants : l'alourdissement de la clientèle qui est maintenant au-delà de 10 sur le profil ISO-SMAF, la relève professionnelle adéquate, le suivi et le maintien de la mobilisation après la présente visite d'agrément, l'engagement envers l'amélioration continue de la qualité, la reconnaissance du personnel et la satisfaction des résidents et des familles sont des préoccupations constantes. Par conséquent, la gestion intégrée de la qualité avec des indicateurs de rendement, ainsi qu'un re-questionnement des processus en place seront nécessaires. L'organisation est pleinement dans la transition vers une culture de mesure et est fortement encouragée à poursuivre cette route.

Communauté et partenaires
La réorganisation du réseau de la santé et de services sociaux a permis depuis 2015 de formaliser les rapports avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui dessert le territoire d'appartenance du CHSLD. Le CHSLD Bourget est situé dans le territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, le CHSLD Bussey sur le territoire de desserte du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et le Centre hospitalier St-François dans la région desservie par le CIUSSS de la Capitale-Nationale. À travers les années, les dirigeants ont développé des partenariats d'affaires qui répondent aux besoins des établissements de santé du territoire. L'équipe collabore constamment avec d'autres services et programmes pour identifier les besoins permettant ainsi la mise en place et la coordination du continuum de soins.

Les échanges d'information avec les différents partenaires témoignent que le processus de communication est bien en place avec les personnes ressources identifiées dans les 3 sites. Il y a des suivis rapides entre partenaires et aussi un partage d'outils pour aider à la cohérence des interventions. Il faut aussi ajouter qu'il y a un travail qui se fait en amont avec les différents mécanismes d'accès à l'hébergement (MAH) pour assure un meilleur repérage de résident. Étant donné les aspects structurels des lieux et aussi le fait qu'il n'y a pas d'unité prothétique dans les centres, il y a une ouverture à permettre une adaptation dans les admissions.

Étant donné les changements récents dans la procédure des plaintes et que c'est le commissaire local du CIUSSS d'appartenance du CHSLD qui va faire le suivi des plaintes déposé, il y a lieu de réviser et mettre en place des moyens de communication auprès des résidents et familles, afin d'assurer qu'ils soient informés de la nouvelle procédure en vigueur quant au dépôt de plaintes à la commissaire aux plaintes du CIUSSS.

Ce dernier point peut- être fait avec la participation du CIUSSS et la rédaction de capsule d'information qui seraient diffusées dans les informations qui sont envoyées aux résidents et familles.

Dotation en personnel et la qualité de vie au travail
Pour ce qui est du volet de dotation en personnel et la qualité de vie au travail, en général ce point ne comporte pas de préoccupation majeure, mais un programme qui vise l'harmonisation travail-vie-privé peut influencer positivement la rétention du personnel. Il y a une bonne solidarité entre les employés. Il y a des accommodements ponctuels qui se font et la direction fait de son mieux pour répondre dans la mesure du possible aux différentes demandes. On encourage l'organisme à continuer la valorisation avec les outils qu'il croit opportuns.

En matière de gestion des ressources humaines, une politique sur le développement des ressources humaines (PDRH) est en place. L'évaluation du rendement du personnel doit être renforcée avec l'effort d'une périodicité déterminée aux 2 ans. Une pochette d'information à l'intention des employés et des résidents est remise systématiquement et inclus aussi des consignes sur la sécurité des résidents et employés et on encourage en temps opportun à revoir le contenu en termes de littératie pour la clientèle cible.

Il y a une bonne solidarité entre les employés. Il y a une bonne représentation des différents titres d'emploi au sein du comité de gestion de la qualité et celui de la gestion des risques.

Concernant le volet sécurité au travail, un plan d'action est en voie de réalisation en réponse au sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers. De plus, le plan sur la qualité de vie au travail (Pulse) est aussi en phase de réalisation.

Prestation des soins et services
L'équipe tient un dossier à jour sur chaque résident. L'organisme respecte les Lois en vigueur sur la protection de la vie privée des résidents et de la confidentialité des renseignements les concernant. Pour chaque résident, il y a une évaluation du risque de développer des plaies de pression et effectuer les interventions requises pour les prévenir. De ce fait, il y a des notes d'observation dans les dossiers des résidents. De plus une évaluation des risques pour les chutes et effectuée à l'admission.

La double identification selon les normes d'Agrément Canada est respectée. Un programme de prévention des chutes et des mesures de contrôles est en place. Un outil d'évaluation de la douleur est aussi utilisé. Nous avons pu constater que, de façon systématique, le bilan comparatif des médicaments est respecté.

Il est suggéré de mieux diffuser les résultats statistiques qui parviennent au comité de gestion des risques. Cette information devient aussi un outil de sensibilisation et entraîne une responsabilisation de chaque membre de l'équipe vers la prestation de soins sécuritaires et de qualité.

Satisfaction de la clientèle
Le personnel est dédié et attentionné envers les résidents. L'approche milieu de vie est implantée. Les résidents et les familles se disent bien accueillis et satisfaits des soins et services. Plusieurs résidents admis au départ en situation de transit, ont ensuite opté pour y demeurer en permanence. Les participants soulignent la courtoisie, la chaleur et le respect des intervenants. Ils partagent un sentiment de sécurité face au milieu. Même si les installations physiques ne sont pas optimales, la qualité des rapports humains compense grandement. Ils se disent aussi très satisfaits de l'alimentation et de l'entretien ménager. Les résidents et familles, de même que le comité de résidents, se disent informés, consultés et mis à contribution dans diverses décisions.

Les résidents et familles apprécient la transparence des directeurs, car ils reçoivent une fiche du comité de gestion des risques qui portent sur les actions effectuées pour le maintien de la sécurité et il y a aussi des données statistiques.

Un sondage de satisfaction de la clientèle est effectué par chaque installation. La perception, voulant que la clientèle se sente respectée et bien accompagnée par du personnel compétent, dévoué, respectueux contribue à offrir la chaleur humaine et une qualité des services. Pour maintenir ce taux de satisfaction, l'établissement devra déployer des moyens qui assureront la rétention et la stabilité du personnel, essentielles à la continuité des services et au maintien de l'expertise.

Enfin, l'équipe complète est profondément engagée et dédiée.

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
POR	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 : 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 : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers		
4.12	Les politiques et les procédures concernant l'ensemble des fonctions, des opérations et des systèmes clés de l'organisme sont documentées, autorisées, mises en oeuvre et mises à jour.	

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

Les trois CHSLD faisant l'objet de la présente visite d'agrément sont des centres de soins de longue durée privés-conventionnés qui œuvrent dans le secteur depuis plusieurs décennies. Au fil des ans, plusieurs améliorations et rénovations ont été entreprises pour mieux répondre aux besoins grandissants des résidents.

Ces centres sont : le CHSLD Bourget de 70 lits situés dans le territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal ; le CHSLD Bussey de 31 lits situés sur le territoire de desserte du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ; et le Centre hospitalier St-François de 28 lits dans la région desservie par le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

L'équipe de direction a accès aux données démographiques qui sont transmises par les différents CIUSSS est connaissent leur clientèle. Un nouveau plan stratégique, qui est unique pour les trois CHSLD, tient compte de la réorganisation du réseau, des besoins actuels de la communauté et des orientations ministérielles a été élaboré suivant une démarche participative de plusieurs intervenants, partenaires, résidents et familles. Ce nouveau plan stratégique quinquennale (2020-2025 vient d'être adopté. Une consultation auprès de la direction générale, les cadres, les résidents, les différents comités, l'analyse des données populationnelles et les rapports des différentes visites que ce soit sur le milieu de vie ou d'agrément Canada ont permis de redéfinir la vision, mission et valeurs.

Quatre enjeux ont été identifiés :

1. Viser l'excellence dans la qualité de soins et des services/ notre clientèle au cœur de nos décisions;
2. La pénurie, les nouvelles valeurs du travail et le recrutement de personnes engagées et compétentes;
3. Un financement à la hauteur de nos ambitions;
4. Une communication fluide qui contribue à la performance.

Les plans opérationnels des différents enjeux sont inclus dans la planification. Le suivi du plan stratégique et l'analyse des plans opérationnels sont assurés par le comité de gestion dans le cadre de ses réunions. Le bilan annuel des réalisations est déposé à la direction générale des trois centres. Le rapport annuel de gestion tient compte de l'avancement de l'atteinte des objectifs.

Il doit aussi être souligné que le travail de participation dans l'élaboration des orientations stratégiques a permis de mettre l'accent sur les contraintes de l'organisme, considérer les opportunités qui pourront être saisies et avoir un regard évaluatif sur les ressources. Il y a la croyance ferme que ce type d'exercice a contribué à maintenir une cohésion d'équipe pour affronter la crise de la Covid en augmentant le sentiment d'entraide parmi les membres des équipes. La diffusion de ces orientations est faite de façon élargie incluant partenaires, résidents, familles et sur les différentes plateformes technologiques des trois centres.

L'organisme possède un Plan d'organisation avec organigramme, structure hiérarchique et organisations des services pour les trois centres.

Les visiteurs ont constaté une grande volonté de l'organisation de s'assurer de l'actualisation d'un milieu de vie et d'interventions appropriées aux résidents. Les dirigeants des trois centres sont conscients qu'un véritable milieu de vie représente un défi simple et complexe à la fois. L'équipe et le personnel dans tous les trois CHSLD visités démontrent de la souplesse afin de personnaliser les soins et services, de la créativité et de l'ouverture de la part de tous pour permettre de répondre de façon optimale aux besoins spécifiques des résidents.

Il y a la conviction d'offrir un milieu de vie et de travail empreint d'humanité avec le résident au centre de ses préoccupations. Chacun à sa manière et selon ses compétences participe à créer un milieu de vie qui soit chaleureux et sécurisant pour le résident. L'évaluation des programmes et services est faite en considérant les critères d'application pour s'assurer de la pertinence pour le résident.

Étant donné qu'il s'agit d'un établissement privé-conventionné, il n'y a pas de conseil d'administration, mais plutôt des propriétaires. L'établissement est en relation avec plusieurs partenaires et les entretiens avec les partenaires confirment l'existence de relations harmonieuses et constructives.

Le CHSLD Bourget, le CHSLD Bussey et le Centre hospitalier St-François sont soucieux de satisfaire sa clientèle. L'organisme sonde la satisfaction de sa clientèle et à la lumière des résultats, met en place des plans d'amélioration de la qualité.

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)

La planification budgétaire et les priorités de développement sont établies en lien avec les orientations du plan stratégique. Il existe un processus structuré de planification et de gestion des ressources budgétaires qui débute en juin avec des composantes préliminaires pour la préparation budgétaire heures cliniques, dépenses de fonctionnement, mobilier et équipement, immobilisation. L'allocation et la réallocation des ressources s'appuient prioritairement sur des critères de bien-être des résidents et de sécurité.

Le tout est mis en contexte avec des considérations reliées aux principaux enjeux et défis des trois centres. Les mécanismes de contrôle et de suivi financiers (périodiques, trimestriels sont exercés par la direction générale de l'installation en collaboration avec l'équipe de direction. Lors des analyses budgétaires périodiques, il y a l'analyse des écarts. Les outils de type d'analyse des coûts sont appliqués pour contribuer à l'optimisation de l'utilisation des ressources ainsi que pour les approvisionnements. Les analyses périodiques des résultats comparés aux prévisions sont effectuées systématiquement. Il y a une surveillance étroite de l'utilisation des ressources ce qui n'empêche pas qu'on procède à des ajustements lorsqu'ils sont justifiés.

Malgré une gestion serrée du volet budgétaire, il y a toujours le défi de la main-d'œuvre et des outils à disposition des centres privés conventionnés versus les outils disponibles dans le secteur parallèle public qui crée des situations de potentielle iniquité. À titre d'exemple, les incitatifs monétaires pour les infirmières, l'octroi des postes à temps complet, qui peuvent influencer négativement le continuum de services offerts aux résidents dans le secteur privé-conventionné.

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)

En vertu de la Loi sur la Santé et services sociaux du Québec, le “Plan d’action triennal pour le développement du personnel (PATDP” est en place. Les priorités de développement des ressources humaines ont été identifiées et le suivi est assuré au niveau du comité de gestion. Il y a le grand défi de la main-d’œuvre qui est omniprésent et de façon variable pour les trois centres. Parmi les principaux défis de l’organisme, entre autres, l’attraction du personnel due à la rareté de la main-d’œuvre et le pouvoir de garantir des heures en titularisant les postes. Une analyse a été faite pour les différents titres d’emploi.

Des suivis de gestion portent sur des indicateurs ciblés, à titre d’exemple : le taux de roulement, le taux de rétention, le taux d’absentéisme, le taux de précarité et le temps supplémentaire, le taux de main-d’œuvre indépendante. Les cibles et les indicateurs sont élaborés en collaboration avec les secteurs. Des analyses comparatives sont aussi effectuées avec les données d’autres centres qui sont privés-conventionnés. Il y a la présence de main-d’œuvre indépendante et le taux diffère selon le titre d’emploi. Un effort qui est mis sur la stabilité de ce personnel permettant ainsi l’abolition de la rotation de personnel et le résultat est une augmentation de la satisfaction des résidents et la réduction du temps supplémentaire ou du temps supplémentaire obligatoire.

Il existe plusieurs politiques de gestion des ressources humaines qui ont été révisées et mises à jour, mais on encourage l’organisation à continuer le processus d’harmonisation entamé, car le but est de les harmoniser pour les trois CHSLD. Il reste qu’il peut y avoir des particularités pour certains centres, mais cela sera indiqué ponctuellement. La description des fonctions contient la description des tâches et des critères relatifs à la sécurité. Un programme d’accueil et d’orientation est en place. Un programme d’évaluation du rendement est en place et l’objectif d’évaluer l’ensemble du personnel est atteint en partie. On encourage l’organisme à poursuivre les évaluations une fois que la crise de la pandémie sera derrière nous.

La formation est aussi très présente dans les activités du centre. Plusieurs thèmes ont été abordés depuis les dernières visites d’agréments dans les trois CHSLD. Ces formations sont le fruit d’observations et de suggestions provenant de la supervision et le souhait du personnel. À titre d’exemple : les différents codes couleur pour les mesures d’urgence ; code jaune et brigade d’intervention ; pansement de plaie de pression ; maltraitance ; prévention des infections ; code de civilité pour en nommer quelques-uns.

Les dossiers des employés consultés contenaient des attestations d’appartenance à l’ordre professionnel et le permis de pratique le cas échéant. On y voit l’engagement au respect de la politique pour prévenir la violence et le harcèlement au travail, le code d’éthique et le respect de la confidentialité. On a pu consulter le registre de formation contenant les sujets traités pendant l’année.

Une politique sur la prévention de la violence en milieu de travail est en place et les entretiens que nous avons eus avec des employés démontrent qu'elle est connue. Il y a aussi de la formation annuelle sur la sécurité des usagers qui est donnée aux employés avec des thématiques spécifiques pour chaque année.

Des locaux sont aménagés pour permettre au personnel de se reposer. Les trois CHSLD n'ont pas de politique formelle sur l'équilibre travail-vie privée, mais des accommodements sont faits cas par cas pour des situations particulières et les employés rencontrés étaient au courant que cela était possible dans la mesure du possible.

Nos rencontres avec les familles, le résident et les employés nous ont permis de dégager la perception de l'amélioration du climat de travail des équipes dédiées à la qualité des soins aux résidents. La stabilité des ressources passe par un soutien structuré, et ce, à tous les niveaux de l'organisation. Il y a des activités de reconnaissance pour souligner la contribution des employés et bénévoles concernant leur implication, leur autonomie, leur polyvalence et leur sentiment d'appartenance à la mission et aux valeurs de l'organisation. On encourage à continuer avec de la reconnaissance informelle auprès des différentes catégories d'emplois dans les trois centres.

Étant donné le manque des espaces disponibles pour accueillir des stagiaires de façon continue, les trois CHSLD sont quand même encouragés dans la mesure du possible à accueillir quelques stagiaires pendant la période d'été, car cette activité peut accroitre leur possibilité de recrutement et de rayonnement.

L'organisme à un programme d'aide aux employés. Des locaux sont aménagés pour permettre au personnel de se reposer. Une politique de vaccination antigrippale et antipneumococcique est en vigueur. Le taux de vaccination contre la Covid est excellent même avant l'obligation d'être adéquatement vacciné pour le 15 octobre 2021.

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 : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
15.2 Les indicateurs de rendement sont sélectionnés et régulièrement surveillés dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité.	!

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

Les trois CHSLD : Bourget, Bussey et Saint-François ont élaboré des orientations stratégiques communes pour 2020-2025. Quatre enjeux ont été identifiés et sont accompagnés par des objectifs et des moyens d'action. À ce titre, on encourage l'administration des trois centres à fournir un effort d'identification d'indicateurs avec l'approche SMART. Cette méthode entraine un processus d'analyse pour mieux définir l'objectif avec des critères « smart » : spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporellement défini. Le même principe peut s'appliquer à d'autres plans d'action notamment celui du plan de sécurité qui touche directement les orientations stratégiques.

Des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers sont produits et un suivi est fait au comité de gestion des risques et du comité de gestion intégrée de la qualité. Points positifs, le comité de gestion intégrée de la qualité contient dans sa composition un membre qui est un résident. Il faut aussi mentionner qu'à quelques reprises des actions sont prises bien avant la rencontre du comité de gestion des risques et l'organisme est proactif dans la recherche de solutions pour éviter que les évènements indésirables se reproduisent. Un dépliant est remis aux employés, résidents et bénévoles et porte sur la culture de sécurité.

Dans ce sens, il n'y a pas d'analyse prospective (proprement défini qui est entamée, mais il existe une politique sur ce sujet. Il y a plutôt des analyses approfondies sur des thématiques qui sont soulevées au comité de gestion de risque ou au comité de gestion intégrée de la qualité, par exemple sur le sujet du lymphœdème.

Le personnel indique que les déclarations des incidents/accidents sont suivies par les gestionnaires et une rétroaction est donnée. Les rencontres qu'on a eues avec le personnel et les gestionnaires indiquent que dans un cas d'évènement sentinelle un suivi systématique et rapide est apporté avec des actions correctives. Pour ce qui est des plaintes auprès du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, il y en a très peu (une ou deux par année depuis plusieurs années.

Il faut mentionner que depuis cette année et la réorganisation provinciale pour le volet des plaintes aux commissaires, il y a un nouveau processus et c'est le commissaire du CIUSSS du territoire de desserte qui est le responsable du traitement de la plainte de la part d'un résident ou membre de sa famille.

Les résidents et familles nous disent que si un problème est soulevé, l'administration travaille avec la famille pour trouver des solutions acceptables. Les trois CHSLD travaillent sur la réduction de l'utilisation de mesure de contrôle, l'effort est mis sur des mesures alternatives

Un plan de sécurité est en place et structuré selon les facteurs qui contribue au risque lié au résident, à l'organisation du travail, aux équipements, matériels, fournitures, à l'environnement de travail, au bâtiment, à l'information, aux facteurs organisationnels. L'organisme est encouragé à revoir prochainement le plan de sécurité et d'y ajouter des objectifs SMART.

La politique sur le bilan comparatif des médicaments est en place et les rôles de chacun sont bien établis. Les intervenants concernés reçoivent de la formation.

La transparence de l'organisme est à souligner concernant la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents. Le processus mis en place pour la déclaration est clair et connu des équipes, des résidents et des familles grâce au développement d'une formation sur le sujet. En analysant les incidents et les accidents, la déclaration permet une amélioration de la qualité des soins et services dans l'organisme.

Les sondages d'agrément Canada sur la culture de sécurité des usagers et le sondage Pulse (sur la qualité de vie au travail) ont été faits et un plan de suivi est en cours. Nous encourageons l'organisme à continuer ses efforts dans une approche formative pour la déclaration des incidents et accidents.

Pour le volet informationnel, les trois CHSLD appliquent une politique de la sécurité des actifs informationnels qui est impliquée. Il existe une politique sur l'utilisation des médias sociaux et numériques. La sécurisation des données est effectuée automatiquement avec fréquence quotidienne. Les lieux des serveurs sont sécurisés et le contrôle climatique optimal est assuré.

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)
Un cadre d'éthique bien défini est en place pour soutenir les pratiques éthiques dans l'organisation. L'organisation dispose d'un code d'éthique inspiré de sa mission, sa vision, et ses valeurs dans lequel sont énoncées les pratiques et conduites attendues par rapport aux employés, résidents et familles. Une procédure pour la démarche à suivre si une situation avec un dilemme éthique se présente est en place pour assister les équipes. Une équipe de consultation interne, composée d'un membre de clergé, la conseillère clinique, le travailleur social, chef d'unité et DSI, DG, et le médecin se rencontrent dans un premier temps pour analyser le dilemme et de proposer des pistes de solutions envisageables. Une consultation externe avec un conseiller à l'éthique est également disponible si nécessaire pour soutenir et accompagner les équipes. Il n'y a pas de comté clinique à l'éthique en place. L'organisation à une ouverture dans la participation à les projets de recherche. En 2018, une des 3 installations (CHSLD Bourget) a participé à un projet de recherche avec l'université McGill pour un programme élaboré pour les patients souffrant d'Alzheimer afin de réduire le délirium. Avec le consentement des familles, sept (7) résidents présentant des troubles cognitifs ont été sélectionnés pour participer au projet. Cette étude visait la participation de 5 CIUSSS et de 12 établissements faisant partie de l'AEPC. L'organisation est encouragée à la mise en place des interventions recommandées découlant des résultats du projet de recherche. Tous les critères pour ce processus prioritaire ont été respectés.

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)

Un nouveau plan de communication sera adopté bientôt qui permettra d'appuyer les nouvelles orientations stratégiques 2020-2025 et va harmoniser la gestion de l'information. Le plan va préciser les rôles et responsabilités de chacun et encourage une communication transparente, basée sur la consultation et le travail d'équipe. Il concerne autant les groupes internes qu'externes, et vise principalement trois objectifs : faire connaître la mission, la vision et les valeurs de l'organisation, être un levier essentiel pour atteindre les objectifs organisationnels, coordonner les communications et la diffusion de l'information aux résidents, aux familles, au personnel, aux gestionnaires, aux bénévoles et aux partenaires.

Il sera important que le plan de communication énumère les fiches thématiques qui ont des objectifs spécifiques pour les différents publics cibles (usagers, familles, personnel, communauté, instances publiques, etc.). Le plan de communication devrait appuyer la mise en œuvre du plan stratégique. Nous suggérons d'y attacher un indicateur mesurable pour permettre l'évaluation en temps et lieu de l'outil utilisé pour rejoindre un public cible et atteindre son but. Cela permettrait des ajustements de stratégie sur une base objective. Il est pourtant vrai que le plan va avoir des caractéristiques locales pour bien répondre au contexte qui lui est propre.

La stratification de l'information passe par la haute direction. On encourage l'organisme à continuer avec la publication auprès des familles du bilan annuel de la gestion des risques qui contient des informations sur le travail de vigie effectué dans les installations pour assurer la sécurité des résidents. Le calendrier des loisirs est aussi bien en vue pour encourager la participation à ces activités variées et de qualité. Il y a des tableaux d'affichage pour les différentes informations auprès du personnel. D'ailleurs, l'organisation a fait un virage technologique permettant ainsi plus d'information par l'entremise de réseaux sociaux incluant une page Facebook.

Le Guide d'accueil du résident et de la famille, le Guide d'accueil de l'employé et le Guide d'accueil du bénévole contiennent de l'information pertinente et utile. Des conversations avec les résidents et la famille en regard au partage de l'information nous ont permis de confirmer que ce canal est fonctionnel et apprécié. Les entretiens téléphoniques avec les partenaires du réseau et des organismes communautaires externes nous ont permis d'apprécier la bonne collaboration à l'égard du partage d'information et la facilité de collaboration entre eux. Le rapport annuel de l'organisme est complet, détaillé et accessible sur le site internet.

On encourage l'organisation à poursuivre les sondages sur la communication effectués sur les trois territoires de desserte. Ces sondages permettront de dégager des zones d'amélioration qui pourront faire l'objet d'un suivi de la part des gestionnaires, notamment, la révision de la structure des rencontres d'équipe ou l'outil à privilégier pour les communications rapides ou autre. Pour les résidents et sa famille, un sondage à quelque mois de l'admission pourrait permettre de vérifier la pertinence et la validité des informations qui sont distribuées à l'admission.

Les communications entre les employés et le personnel d'encadrement sont ouverts. Plusieurs mécanismes sont mis de l'avant pour prendre en compte les opinions du personnel. Il y a très peu de griefs. L'organisme fait la promotion d'une gestion qui favorise les contacts fréquents entre les gestionnaires et les équipes.

Pour le volet informatique, on encourage le développement entrepris pour harmoniser et améliorer la cohérence de l'information diffusée aux employés et la communauté. De plus, le travail sur l'informatisation des dossiers devra se poursuivre. Il y a un souci parmi le personnel pour la sécurité de l'information et la préservation de la confidentialité. Le plan stratégique (2020-2025) tient compte de ce besoin.

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)
Étant donné les caractéristiques structurelles de chaque CHSLD visité, il est plus propice d'offrir des commentaires spécifiques à chaque installation. Il faut noter la volonté des directrices générales de continuer à améliorer les installations malgré les limites des dimensions des structures. Des investissements importants dans les 3 CHSLD ont permis d'améliorer la qualité du milieu de vie ainsi que la sécurité des résidents. Un plan de sécurité a été élaboré et diffusé pour les trois CHSLD. La culture de sécurité est omniprésente. Le CHSLD Bussey se situe au bord du canal de Lachine. Il y a eu plusieurs aménagements structuraux depuis la dernière visite d'agrément en 2017. Parmi les modifications plus importantes, on note l'élimination des salles à quatre lits pour être remplacé par des chambres semi-privées avec toilette. Un aménagement des salles de bains a aussi permis de créer un environnement plus agréable et sécuritaire pour les résidents et employés. On a noté le changement du plancher permettant d'avoir une ambiance beaucoup plus propice à un milieu de vie et les résidents l'apprécient grandement. Il s'agit d'un édifice à deux étages avec un monte-charge pour le déplacement des résidents entre étages. Des travaux ont permis d'améliorer cet aspect. Les chambres des résidents sont le reflet d'un milieu de vie agréable et personnalisé selon le besoin de ces derniers. Les secteurs administratifs sont au sous-sol ainsi que la salle de repos des employés. Les systèmes d'appoint font l'objet d'un programme d'entretien préventif et une génératrice supplée aux manques occasionnels causés par des accidents de la nature. Le bâtiment est giclé avec des vérifications selon le calendrier d'entretien préventif et le système d'alarme incendie vient d'être remplacé. Des panneaux d'évacuation sont affichés à chaque sortie. Les corridors sont étroits, mais dégagés. Tous les locaux autres que les chambres des résidents sont verrouillées. Les dossiers sont maintenus dans un endroit sécurisé (poste des infirmières. Sur le plan du développement durable, l'organisme a mis en place une récolte différenciée pour le compostage, le recyclage, l'éclairage est à la DEL et il y a une « trappe à graisse » pour le traitement de l'huile et de la graisse provenant de la cuisine.

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)

Le plan de mesures d'urgence est disponible pour chacun des trois CHSLD. Ces plans tiennent compte de la localisation géographique du centre ainsi que les risques possibles qui sont dus à leur localisation. À titre d'exemple les CHSLD Bussey et CHSLD Bourget sont près de courants d'eau ainsi les exposants à la possibilité d'inondation (surtout Bussey. Le plan prévoit aussi les ententes avec les partenaires pour cibler des lieux de regroupement et de transfert. Il faut indiquer que depuis 2015 et la réorganisation du réseau de la santé, dans les cas de sinistres pour les trois installations c'est le CIUSSS du territoire qui va coordonner le transfert de la clientèle, de ce fait leur collaboration dans l'élaboration de ces plans est un incontournable. Quoiqu'à hauteur variable, les services d'incendies de chaque municipalité sont partie prenante des plans de mesures d'urgence.

Tous les sites visités ont une liste des résidents hébergés avec les informations nécessaires ainsi que le niveau de mobilité et autres particularités qui est mis à jour au besoin. Le personnel concerné a reçu une formation appropriée sur leurs rôles et responsabilités. La culture de sécurité semble implantée et véhiculée dans l'ensemble des services.

L'entretien des systèmes de détection, d'avertissement et d'extinction des incendies pour réduire les risques d'incendie fait l'objet d'entretien préventif documenté, tel que requis. Des mises à l'essai sont prévues régulièrement pour des systèmes d'appoint comme la génératrice. Les résultats sont notés, diffusés au personnel et servent à améliorer les exercices subséquents. Des politiques et procédures, en collaboration avec la direction de la santé publique, sont prévues afin de déceler et gérer les épidémies et les pandémies.

Le plan est connu des employés. De séances d'information (rappel des actions à entreprendre sont tenues périodiquement. Lors de ces séances, un rappel est effectué pour au moins un code d'urgence. De la formation est offerte au personnel de l'organisme sur une base régulière. Dans les deux ces cas (information-formation, un registre de présence est tenu à jour.

Les fiches SIMDUT sont disponibles sur les unités et dans les locaux où la préparation des produits est effectuée. Les différentes sorties de secours sont dégagées et amènent vers les points de rassemblement en cas d'évacuation.

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 au sein de l'organisation une approche humaine centrée sur les besoins des résidents et des proches. L'approche Planetree implantée dans le milieu est perceptible par de petits gestes qui font une différence. Les intervenants sont créatifs dans l'élaboration d'activités significatives pour les résidents. Plusieurs outils de soutien aident les équipes et le service des loisirs à identifier les préférences et les intérêts des résidents. Les proches sont impliqués dans le partage de leurs connaissances du résident. Les équipes sont dévouées et investies dans la sécurité et la qualité des interventions. La notion de soins centrés sur les personnes a été nommée comme une force au sein de l'organisation par les résidents, les proches et par le comité des usagers.

Les soins et services sont personnalisés. La direction tient compte du portrait clinique et social du résident dans l'intégration. Des aménagements et une personnalisation des soins sont faits pour des résidents plus jeunes qui présentent des défis différents à ceux des ainés.

Les équipes ont le désir de faire un partenariat avec le résident et ses proches et ils sont encouragés au niveau de la direction dans cette voie. Les intervenants ont à cœur de maintenir la communication fluide et humaine avec les proches des résidents. Les appels et rencontres sont fréquents même en dehors du cadre formel des rencontres interdisciplinaires. Les intervenants initient des appels téléphoniques, des vidéoconférences, des rencontres en présentiels pour inclure les proches dans le milieu de vie.

On retrouve dans l'établissement un service de loisirs impliqué et créatif. Plusieurs activités de loisirs et ludiques sont présentées ainsi que des sorties extérieures pour favoriser la qualité de vie et le maintien des acquis de la clientèle. Le service de loisirs est partie prenante de l'équipe interdisciplinaire et assure les besoins d'activités des résidents. Des initiatives comme la présence d'un chanteur, une sortie aux pommes, l'activité SPA sont des actions directes pour des soins de santé centrés sur les personnes.

Les équipes ont une approche holistique envers les résidents et savent mettre l'individu au cœur des actions dans toutes les étapes de son parcours, depuis l'admission jusqu'à la fin de vie. L'organisation a des partenariats bien établis et démontre également un désir d'en créer de nouveaux. La venue récente de la clinique mobile visuelle est un bel exemple de développement de corridor de service comme complément aux services.

L'organisation est centrée sur les opportunités dans le développement des partenariats. Nous les encourageons vers les avenues envisagées telle l'utilisation du CIUSSSS pour la formation. L'organisation est encouragée à poursuivre l'implication du comité, des résidents et des proches dans l'émergence de projets de qualité. Leur implication dans le processus d'embauche des nouveaux intervenants a été nommée comme piste d'amélioration et apparaît une belle opportunité d'implication des résidents dans les décisions administratives.

Processus prioritaire : Cheminement des clients

Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers 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)

Le cheminement des usagers suit un parcours non écrit, mais bien connu des intervenants. On encourage l'organisme à formaliser la démarche de cheminement des résidents dans un souci d'harmoniser les pratiques des trois centres, même si, sur trois territoires et CIUSSS différents, il peut exister des variantes. Les équipes se sont donné quand même une méthodologie de travail avec l'implication et la compréhension de tous les acteurs impliqués dans ce processus. Le mécanisme d'accès comporte des évaluations de la part des travailleurs sociaux du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour le CHSLD Bussey ; du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal pour le CHSLD Bourget ; et le CIUSSS de la Capitale-Nationale pour le Centre hospitalier Saint-François.

Avant la crise Covid-19, le taux d'occupation était presque de 100 %, cependant, maintenant avec les consignes sanitaires de la Santé publique des différents territoires, ce taux est inférieur. Il y a cependant des particularités pour le CHSLD Bussey qui dessert une clientèle aussi anglophone et n'accepte pas de fumeurs, car le CHSLD n'a pas de fumoir.

Un guide d'accueil est remis aux nouveaux résidents lors de l'admission. Le guide contient une multitude d'informations pouvant soutenir les membres de la famille sur les soins et services offerts. Le processus d'accueil permet au résident et à sa famille de répondre aux inquiétudes de ces derniers en communiquant de l'information qui est abondante.

Un suivi téléphonique est aussi fait à quelques semaines de l'admission pour supporter la famille dans la démarche de placement de leur proche. Il est suggéré de passer maintenant à l'étape d'évaluer l'expérience du résident, qui pourrait fournir de détails sur l'amélioration des processus de soins et d'assistance en place.

Pour ce qui est de services particuliers et spécialisés qui requièrent la condition du patient, les trois installations ont leur médecin qui fait les démarches pour s'assurer que le service est octroyé.

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.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Un programme structuré d'entretien préventif des équipements et appareils médicaux est en place selon un calendrier établi. Un registre des équipements de soins utilisé sur les unités permet d'avoir un inventaire complet et à jour. Le registre inclut : les acquisitions faites, l'emplacement des équipements, la date de bris, la date de réparation, et la date de remplacement. Le service de maintenance effectue des audits de façon périodique sur les unités de soins pour l'inspection d'équipements tels que les moteurs de leviers, les chaises thérapeutiques, et les lits. Une gestion étroite assure le remplacement, la modernisation, et l'acquisition d'équipements en temps opportun selon les besoins et la durée de vie. Les membres du personnel reçoivent la formation pertinente et des mises à jour pour assurer la manipulation et le bon fonctionnement des équipements et appareils médicaux de façon sécuritaire. Aucune stérilisation d'équipements, appareils, ou instruments médicaux n'est effectuée dans l'organisation ou confiée à un fournisseur externe. Le personnel participe à des formations et mises à jour en regard des procédures internes pour le nettoyage et désinfection des équipements et appareils médicaux utilisés selon les meilleures pratiques en matière de prévention et contrôle des infections.

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

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

Organismes extra-hospitaliers – Gestion des medicaments

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

Leadership 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

- Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.

Aide à la décision

- Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.

Impact sur les résultats

- Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.

Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des medicaments		
15.1	Des critères établis servent à déterminer quels médicaments ne peuvent pas être auto-administrés par les usagers ou les résidents.	
15.2	Les critères établis servent à déterminer si un usager ou un résident est incapable de procéder à l'auto-administration de médicaments.	
15.3	Chaque usager ou résident qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement nécessaire.	
15.4	Il existe une politique sur l'entreposage des médicaments que les usagers ou les résidents s'administrent eux-mêmes.	
15.5	Le fait que l'usager ou le résident procède à l'auto-administration de ses médicaments est consigné dans son dossier.	
15.6	La capacité des usagers ou des résidents à s'administrer eux-mêmes leurs médicaments en toute sécurité est réévaluée régulièrement.	

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

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des medicaments

Plusieurs procédures et politiques sont en place dans l'organisation pour assurer une gestion sécuritaire des médicaments à chaque étape du circuit médicamenteux. Un contrat de service externe avec la Pharmacie Morin est en place dans l'organisation qui assure la préparation et la livraison des médicaments prescrits aux résidents par l'équipe médicale.

Un pharmacien de garde est disponible 7 jours par semaine. Une collaboration et un partenariat étroit existent avec les pharmaciens et le personnel clinique.

Un comité pharmaco-nursing est en place, mais sera fusionné en un seul comité prochainement pour les CHSLD Bourget et Bussey dans une optique de consolidation et harmonisation des pratiques. Nous encourageons la mise en place d'un comité regroupant les 3 sites avec des représentants des 3 sites. Ce comité conjoint verra de préciser son rôle et mandat ainsi que ses objectifs afin d'assurer la transmission et la communication pertinente au personnel infirmier pour toutes activités liées à la gestion sécuritaire des médicaments.

L'organisation dispose de plusieurs ordonnances collectives (Tylenol, Gravol, constipation) pour encadre les infirmières lorsqu'un résident présente certains signes cliniques permettant à l'infirmière d'initier certaines interventions. Le MSTP est initié par l'infirmière à l'admission du résident en partenariat avec le résident et la famille. Le pharmacien complète le BCM de l'admission et lors des retours d'hospitalisations.

Des processus structurés sont en place pour effectuer des audits de contrôle afin de déterminer le niveau de conformité à certaines normes de pratique, telles que, le BCM, les abréviations et symboles dangereux, et la double vérification des médicaments à alertes élevés. Les résultats des audits sont partagés avec le personnel. Les déclarations d'erreurs de médicaments sont enquêtées et analysées avec des mesures d'amélioration. La divulgation d'incident accident médicamenteux est fait auprès des résidents et familles selon la politique en place. Une culture de sécurité et de non-blâme pour des incidents et accidents médicamenteux favorise la déclaration de toute forme d'incident et accident dans une optique d'amélioration continue.

Les échantillons de médicaments sont interdits dans l'organisation. L'organisation est encouragée à inclure par écrit cette information à même la politique de gestion des médicaments.
La politique de gestion des médicaments stipule que l'auto-administration d'un ou plusieurs médicaments doit être minimalement prescrite par le médecin traitant du résident. Toutefois, les critères ne sont pas spécifiés pour identifier quels médicaments ne peuvent pas être auto-administrés par les résidents.

L'organisation est encouragée à élaborer une procédure pour l'auto-administration des médicaments dans l'éventualité qu'une demande à ce sujet soit faite par un résident qui répond aux critères d'auto-administration.

Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	

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

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

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

Une conseillère en soins infirmiers (CSI est responsable du volet PCI dans l'organisation. Les formations champion PCI et PCI obligatoires pour tous les employés ont été dispensées par la CSI. Un programme cadre en PCI est en place avec les divers politiques, procédures, et protocoles. Une personne ressource en PCI du CIUSSS de l'Est et CIUSSS de l'Ouest assure un suivi de l'état épidémiologique et des nouvelles directives auprès de l'organisation. Ce partenariat favorise des consultations, des rencontres téléphoniques, et le partage d'outils.

La formation sur l'hygiène des mains et le port des EPI a été faite auprès du personnel, proches aidants, et bénévoles. Les audits sur le lavage des mains et sur le port du masque sont effectués mensuellement et les résultats sont affichés et communiqués aux équipes. Nous soulignons les efforts du CHSLD Bourget à la mobilisation de 65 employés qui ont participé à la formation champion PCI et qui exercent un rôle important auprès de leurs collègues en agissant en tant que personne ressource et de modèle pour renforcer les bonnes pratiques en matière de PCI. Un suivi trimestriel des indicateurs de PCI est fait et présenté au comité de PCI et CGR.

Des stations de lavage des mains sont en place dans plusieurs endroits stratégiques de l'organisation avec des affiches sur la procédure de lavage des mains. Nous soulignons l'excellent travail pour les différents outils et affiches mis à la disposition des employés, proches aidants, bénévoles, et visiteurs pour sensibiliser et renforcer les bonnes pratiques en matière de PCI. Diverses campagnes de sensibilisation sont organisées de façon régulière pour renforcer et assurer la conformité aux bonnes pratiques.

Des procédures de désinfection et de nettoyage sont en place pour les différents lieux physiques et le personnel de l'hygiène et salubrité ont un plan de travail qui définit leurs rôles et responsabilités pour les tâches qui doivent être accomplies. La concentration des désinfectants avec des bandelettes de test approprié est faite mensuellement par le nouveau fournisseur CHOISY.

Le lavage de la literie souillée provenant des unités de soins est confié à un fournisseur externe. Les zones propres et souillées pour l'entreposage de la lingerie et la réception de la lingerie propre sont séparées afin d'éviter le risque de contamination croisée. Pour le service d'alimentation, les aires propres et souillées sont respectées dans la préparation, distribution des repas, et le lavage de vaisselle souillée selon les espaces physiques disponibles.

Le CHSLD Bourget a été visé par la première vague de la pandémie COVID en mars 2020. Le CHSLD Bussey a été visé par la deuxième vague de la pandémie COVID en novembre 2020. À ce jour, nous constatons un taux de vaccination COVID d'au-delà de 95% pour les résidents et les employés. Dans une optique de consolidation et harmonisation des pratiques, l'organisation est encouragée à la mise en place d'un comité PCI regroupant les 3 CHSLD avec des représentants des 3 sites.

Tous les critères ont été respectés pour ce processus prioritaire; 2 critères sont non-applicables.

Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences		
9.14	L'accès à un espace consacré à la spiritualité et au soutien spirituel est offert pour répondre aux besoins des résidents.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
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		
15.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des résidents et des familles.	!

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

Les équipes de soins ont un souci d'intervenir en interdisciplinarité sur les forces des usagers. La philosophie d'intervention axée sur le bien être est au cœur des décisions et interventions auprès de la clientèle et ses proches.

La force de la coordination clinique particulièrement par l'implication de la conseillère aux soins est nommée par tous les intervenants. Le soutien clinique est reconnu et permet l'intégration des bonnes pratiques dans l'équipe. Son efficience et ses suivis permettent une amélioration continue de la qualité des interventions. Ce support clinique, allié à une gestion de proximité, sont des moteurs nommés par les intervenants dans la reconnaissance du leadership clinique. Ces acteurs clés favorisent un milieu de travail sain et mobilisant pour les intervenants.

On retrouve plusieurs partenariats solides dans l'organisation et nous les encourageons à poursuivre pour une réponse encore plus complète aux besoins émergents des résidents.

Il faut souligner tous les efforts faits pendant la pandémie pour maintenir le lien entre les résidents et ses proches. Les intervenants ont mis de l'avant plusieurs stratégies pour maintenir ces liens et toutes les familles rencontrées ont louangé la communication efficace et humaine avec le milieu de vie.

L'organisation a multiplié les appels téléphoniques et les communications virtuelles pour maintenir les liens avec les résidents. L'organisation s'efforce de créer une ambiance chaleureuse et un milieu de vie pour les résidents et encourage la famille à personnaliser l'environnement tout en maintenant un milieu sécuritaire. L'environnement physique exigu est un défi pour ce petit milieu de vie. Nous encourageons l'organisation à poursuivre l'implication du comité des usagers ainsi que des proches dans l'exploration d'avenues d'amélioration des lieux physiques.

L'organisation est bien au fait des enjeux de pénurie au niveau des soins infirmiers. On retrouve l'amorce d'une révision des rles et nous les encourageons à poursuivre cette avenue tout en maintenant le soutien aux équipes et les efforts de recrutement. On retrouve au sein de l'organisation un grand leadership clinique du médecin ainsi que du pharmacien. La communication entre ces deux acteurs et les soins infirmiers est efficace et assure la sécurité des résidents. La pharmacienne participe également à la formation du personnel pour des sujets clés de sécurité.

Le défi d'harmonisation des pratiques entre les trois établissements de longue durée reste un élément à travailler dans les prochains mois. La révision et l'unification des procédures et programmes cliniques, les échanges de bonnes pratiques et le partage des outils sont une avenue importante d'amélioration continue de la qualité. L'implantation de rencontres cliniques structurées entre les conseillères de soins des établissements pourrait servir de base à cette unification.

Processus prioritaire : Compétences

Chaque intervenant démontre un grand respect face à la quiétude et le bien-être des résidents. Les relations humaines sont mises de l'avant dans toutes les interactions. Tous les intervenants frappent à la porte des chambres avant d'entrer dans l'intimité de l'individu. Les équipes sont dédiées, mobilisées, empathiques et centrées sur la clientèle.

L'évaluation de la contribution est une pratique organisationnelle qui était répandue avant la pandémie. L'organisation est encouragée à reprendre cette pratique dans un but de maintien de l'engagement des employés, d'identification des forces et mobilisation dans les objectifs organisationnels.

Plusieurs formations sont offertes aux intervenants sur la philosophie d'intervention, la gestion des risques et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. La pandémie a amené le déploiement de plusieurs formations axées sur les mesures de prévention ce qui est tout à fait légitime dans un contexte de crise sanitaire. Nous encourageons l'organisation à reprendre ces formations pour la sécurité des résidents et du personnel. Les formations flash animées par la conseillère aux soins sont une belle pratique pour revoir en peu de temps des pratiques cliniques.

Dans le développement des compétences et la valorisation des rôles, il faut souligner le rôle déterminant de l'infirmière dans le constat de décès à distance qui permet une plus grande collaboration et efficience des ressources.L'organisation est encouragée à poursuivre dans la délégation de tâches et le développement du rôle de leadership clinique des infirmières qui prend tout son sens dans une organisation avec peu d'effectifs médicaux présents sur place.

Les intervenants possèdent une grande capacité d'adaptation et une créativité clinique permettant de personnaliser l'épisode de soin via des stratégies adaptées aux besoins de chaque résident et favorisant la sécurité et la qualité des soins. L'organisation sait utiliser les forces des intervenants pour la qualité des interventions. Le recrutement du personnel est axé sur la compétence et les intérêts.

L'organisation présente plusieurs défis au niveau de l'environnement physique. La créativité et le souci de sécurité des équipes sont perceptibles dans toutes les stratégies pour assurer des soins de qualité. L'organisation est encouragée à adopter une approche pro active et une responsabilisation d'équipe sur la gestion des risques pour assurer un environnement exempt de hasards pour la clientèle. Des audits sur l'environnement physique pourraient être une stratégie de responsabilisation des équipes.

Les équipes travaillent en interdisciplinarité pour répondre aux besoins spécifiques de chaque résident. Le résident et ses proches sont membres à part entière de l'équipe. L'approche concertée inclut le service des loisirs qui adresse l'intégration sociale du résident.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les équipes sont dynamiques et engagées à offrir des services de qualité. Le dévouement et la générosité des intervenants permettent un maintien des standards de pratique dans des contextes de pénurie de personnel. Les résidents et les proches rencontrés ont tous souligné la gentillesse, le professionnalisme et l'attention du personnel ainsi que la qualité et le respect des relations professionnelles. L'ambiance chaleureuse et vivante qui se dégage du CHSLD crée un milieu de vie stimulant. Les employés rencontrés ont tous mentionné leur fierté à travailler dans leur installation ainsi que le soutien et la reconnaissance de la direction.

Les équipes réussissent à personnaliser les soins et respecter les choix des résidents. Les heures de sommeil et les préférences du levé et couché des résidents sont suivis. Plusieurs activités favorisant l'intégration sociale, l'activité physique et les loisirs sont déployées. L'encadrement des activités individuelles et de groupe et le dynamisme du service des loisirs amènent une vitalité dans l'organisation et dans la vie des résidents. Les équipes sont encouragées à poursuivre dans l'implication des résidents et des proches tout au long du parcours du client tout en favorisant l'autonomisation.

Le processus d'admission est mis en avant plan par tous les membres de l'équipes et beaucoup d'attention est apportée à cette étape d'intégration. Le projet du PAB moniteur démontre la force de l'organisation à saisir les opportunités. Son rôle d'accueil des nouveaux résidents par un processus standardisé, celui de mentor auprès des nouveaux PAB et sa participation à l'amélioration continue de la qualité sont des objectifs importants pour un épisode de soins de qualité et pour le maintien des compétences cliniques. Les impacts de ce projet sont nommés par plusieurs intervenants comme un atout dans les services et une aide précieuse pour toute l'équipe. Le défi pour la direction sera de réussir à mesurer ces impacts par des indicateurs qualité précis. Le sondage de satisfaction auprès des proches suivant l'admission est une belle pratique en place dans une visée d'amélioration continue de la qualité et pourrait démontrer la valeur ajoutée du PAB moniteur.

Les outils d'admission sont standardisés et incluent toutes les pratiques organisationnelles requises dans les premières journées d'admission. L'histoire de vie permet une bonne connaissance du résident et sert de base à l'élaboration du plan d'intervention du résident. Cet outil pourrait également, par de minimes ajustements servir au quotidien et se modeler à travers le parcours de vie du résident

Les équipes de soins ont mis en place une fiche comportementale pour l'évaluation des nouveaux résidents. Cet outil permet une meilleure connaissance des nouveaux venus. L'organisation est encouragée à systématiser l'utilisation de la grille et à inclure dans le formulaire une partie analyse pour documenter les enjeux et stratégies ressortant de cette évaluation. Les proches sont invités à participer à l'analyse et le développement des meilleures stratégies d'intervention.

Les proches sont impliqués et on s'assure de les tenir informé même en situation d'absence de visites. Un plan d'intervention interdisciplinaire est élaboré pour chaque résident. Ce dernier est présent lorsque sa condition le permet et la famille est invitée à la rencontre en présence de toutes les personnes significatives, incluant le médecin. L'organisation est encouragée à explorer la place déterminante du proche ou du résident dans le plan d'intervention en lui remettant un plus grand pouvoir sur les objectifs à poursuivre. L'adoption d'un agenda déterminé par le proche pourrait être une pratique à envisager. Le plan est fait une fois par année ou selon les besoins du résident. La fréquence du besoin de révision du plan d'intervention est à analyser pour assurer une variabilité pouvant convenir aux particularités de chaque résident.

L'approche de soins centrés sur le résident se perçoit à travers plusieurs approches thérapeutiques complémentaires, comme la massothérapie, la zoothérapie, etc. Les intervenants sont créatifs dans l'offre de service. Le travailleur social joue un grand rôle dans l'accompagnement des résidents et des proches. L'organisation est encouragée à poursuivre l'offre de service avec l'exploration d'un support spirituel non confessionnel.

Les partenariats sont essentiels pour une petite organisation. L'organisation a su développer des corridors de services pour répondre aux besoins des résidents. Elle sait également saisir les opportunités de partenariat. La venue de la clinique mobile visuelle est un exemple d'un nouveau partenaire de soins. Nous les encourageons à poursuivre dans ce sens en explorant d'autres possibilités pour des services complémentaires.

Les intervenants démontrent une grande créativité dans l'utilisation de stratégies compensatoires pour éviter les contentions comme l'atteste la diminution significative de celles-ci depuis 20216. L'organisation est encouragée à identifier visuellement dans le milieu de vie les résidents à risque. Un repère simple permettrait une plus grande vigilance des intervenants surtout dans un contexte de main d'œuvre indépendante.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque résident et il inclut le formulaire de consentement éclairé de l'usager ou de son répondant. Les dossiers sont rangés de façon sécuritaire au poste infirmier. Le dossier témoin monté par la directrice des soins infirmiers est un beau modèle de pratique et démontre aisément le contenu attendu d'un dossier client. Une procédure d'épuration du dossier est bien définie et appliquée pour assurer une uniformité. L'organisation est encouragée à identifier dans le dossier l'amincissement par un repère informationnel rapide aux intervenants, surtout dans un contexte de main d'oeuvre indépendante. L'identification rapide sur le dossier du désir de réanimation du résident pourrait facilement donner l'information sans ouvrir le dossier lors d'un code d'urgence. Le partenariat entre le service des archives et les soins cliniques pour la révision et l'évaluation de la teneur du dossier clinique est à souligner.

Le dossier électronique est en cours de déploiement. Cet outil permet une consignation efficace et sécuritaire. Le profil du résident est complet et donne beaucoup d'information aux intervenants pour assurer des soins de sécurité. On retrouve entre autres,des informations cliniques telles les soins bucco-dentaires. L'organisation est encouragée à poursuivre le déploiement des autres formulaires.

Le processus d'embauche est complet. La pratique d'intégration de nouveaux employés inclut des activités théoriques en lien avec la mission, les valeurs et la philosophie du milieu clinique. Tous les nouveaux employés sont soutenus par un mentor clinique dans la période d'orientation et de probation.

Les formations essentielles pour des interventions de qualité et sécuritaires font partie du processus d'intégration. Le carnet de route permet un suivi des acquis et des formations complétées par le nouvel employé. L'outil adresse la qualité et sécurité des soins. La grille de suivi des probations est complète et permet une cohésion des principaux acteurs dans le plan d'intégration.

La pochette d'accueil élaborée dans le centre est bien détaillée et complète donnant toutes les informations pour faciliter l'intégration du résident et de ses proches. On adresse entre autres les ressources pour les proches aidants, les réactions émotives liées à un hébergement, les ressources disponibles dans la résidence ainsi que les numéros de contact. Il est intéressant de retrouver dans la pochette un résumé des indicateurs de risques dans l'organisation qui démontre une transparence de l'organisation et l'importance accordée à cet élément par les équipes.

Les différents secteurs de l'établissement ont des processus clairs de communication sur la santé physique, psychique et sociale de chaque résident. Le transfert d'information se fait de façon harmonieuse entre les différents quarts de travail et à travers les intervenants. Le déploiement du dossier électronique amorcé est à poursuivre pour maximiser l'efficacité de la transmission des informations.

Lors du transfert du résident vers un autre établissement de soins, la transmission des informations aux partenaires dans le continuum est formalisée et permet une fluidité de suivi. Les intervenants ont à coeur de limiter les transferts vers les centres hospitaliers pour le bien des résidents.

Les résidents, les proches et le comité des usagers sont impliqués dans les décisions et sont sondés régulièrement de façon formelle ou informelle. La gestion de proximité dans l'organisation fait que le personnel d'encadrement est présent et discute régulièrement avec les résidents et les proches. Leurs commentaires sont recherchés dans tout le parcours du résident, de l'admission à la fin de vie. Leur participation est encouragée dans plusieurs projets et sur plusieurs comités de l'organisation.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le comité des usagers est très actif dans le CHSLD. Il est impliqué et mobilisé dans les différents comités de l'organisation. Ils ont contribué à l'élaboration des plans opérationnels organisationnels. Ils ont un rôle important au niveau de l'amélioration continue. Plusieurs projets émergent du comité pour améliorer la qualité de vie des résidents comme le calendrier annuel. Le comité soutient les résidents. L'organisation sollicite les résidents à participer aux rencontres du comité de résident en virtuel ce qui représente une belle pratique d'intégration.

Les meilleures pratiques sont au coeur de la philosophie d'intervention dans le milieu de vie. Il faut souligner le leadership de la directrice des soins infirmiers qui agit autant comme clinicienne, comme soutien clinique que comme gestionnaire. La révision et l'application des bonnes pratiques de soins reposent grandement sur son leadership et dans celui de la conseillère aux soins. Devant la pénurie d'infirmière dans l'organisation ce soutien clinique est important pour assurer la qualité et la sécurité des interventions. La généralisation des meilleures pratiques est bien ancrée dans le CHSLD Bussey via le leadership clinique.

Ainsi la généralisation des essais thérapeutiques comme la grille de sommeil ou la révision des approches pour les déchirures cutanées sont deux exemples de modification des pratiques cliniques pour le bien de la clientèle. L'émergence de ces bonnes pratiques émane d'analyse détaillée des rapports d'accidents et de comportements spécifiques d'un résident. Les meilleures pratiques sont élaborées, diffusées et pourraient toujours venir avec un guide clinique pour assurer une uniformité d'intervention.
Les intervenants ont un souci de la sécurité de la clientèle dans toutes les activités. Les membres de l'équipe adoptent une saine gestion des risques dans un contexte de milieu de vie et ce malgré des espaces parfois exigus.

On retrouve une culture de déclaration et de divulgation. Un programme de prévention des chutes est implanté, connu et appliqué par tous les intervenants. L'évaluation post chute est effectuée et des mesures correctrices sont mises de l'avant. Le travail est à poursuivre dans la mise en place d'identification rapide des résidents à risque et dans la mise en place d'un processus de prévention proactive et d'imputabilité de tous les intervenants, des résidents et des proches dans l'analyse des risques potentiels et l'analyse des évènements indésirables.

On retrouve dans l'offre de services plusieurs procédures et programmes cliniques. La documentation papier se retrouve sur l'unité de soins. Nous encourageons l'organisation à informatiser ces processus cliniques et à bien documenter la date de révision pour s'assurer d'une mise à jour dans un contexte d'évolution constante des pratiques cliniques.

Le gestionnaire du programme suit plusieurs indicateurs de soins et en fait une analyse approfondie. Ceux-ci sont présentés aux équipes lors des rencontres hebdomadaires. Dans une visée de développement de la culture de la mesure, l'organisation est encouragée à mobiliser les intervenants dans le suivi et l'amélioration des cibles des indicateurs que ce soit par un affichage sur l'unité ou le déploiement de salles de pilotage clinique. Nous encourageons également la direction à suivre l'indicateur de transferts à l'urgence et d'en faire l'analyse pour assurer les biens fondés.

Plusieurs audits sont effectués pour évaluer les pratiques et les résultats sont diffusés auprès des équipes. L'organisation est encouragée à poursuivre la culture de la mesure et son engagement dans l'amélioration continue des pratiques cliniques en multipliant les constats cliniques de qualité d'intervention et à impliquer les intervenants dans les audits.
Le désir d'impliquer et sonder les résidents et les proches est perceptible dans l'organisation. La gestion de proximité permet une grande connaissance des résidents et ses proches et assure une connaissance rapide des enjeux.

Plusieurs dépliants sont élaborés sur les différentes politiques, procédures et programmes, sur les droits des résidents, la gestion des plaintes et la sécurité des soins et des services. Ces dépliants sont remis aux résidents et ses proches lors de l'accueil et sont distribués aux résidents et ses proches lors de modifications significatives ou lors d'un ajout d'une nouvelle procédure ou politique. Le maintien des communications bilingues dans l'organisation se voit dans tous les outils déployés.

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.

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

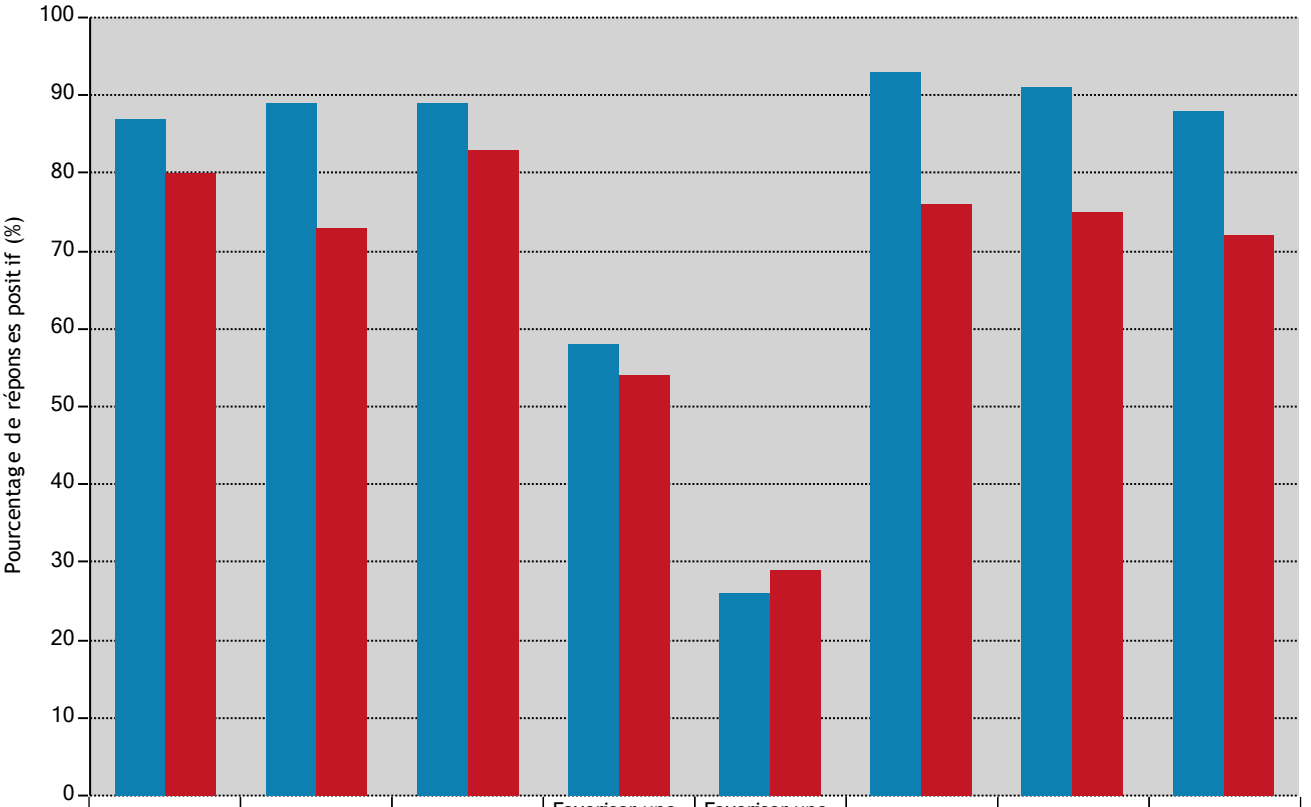
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 19 mars au 28 janvier 2020**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 32**
- **Nombre de réponses : 33**

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



	Soutien organisationnel (haute direction) en matière de sécurité	Leadership des superviseurs en matière de sécurité	Culture d'apprentissage de l'unité	Favoriser une communication ouverte I : Environnement exempt de jugement	Favoriser une communication ouverte II : Répercussions de l'erreur sur le travail	Suivi des incidents	Divers	Perception de la sécurité des usagers dans son ensemble
	87%	89%	89%	58%	26%	93%	91%	88%
	80%	73%	83%	54%	29%	76%	75%	72%

Légende

CHSLD Bussey

* Moyenne canadienne

*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 2021 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

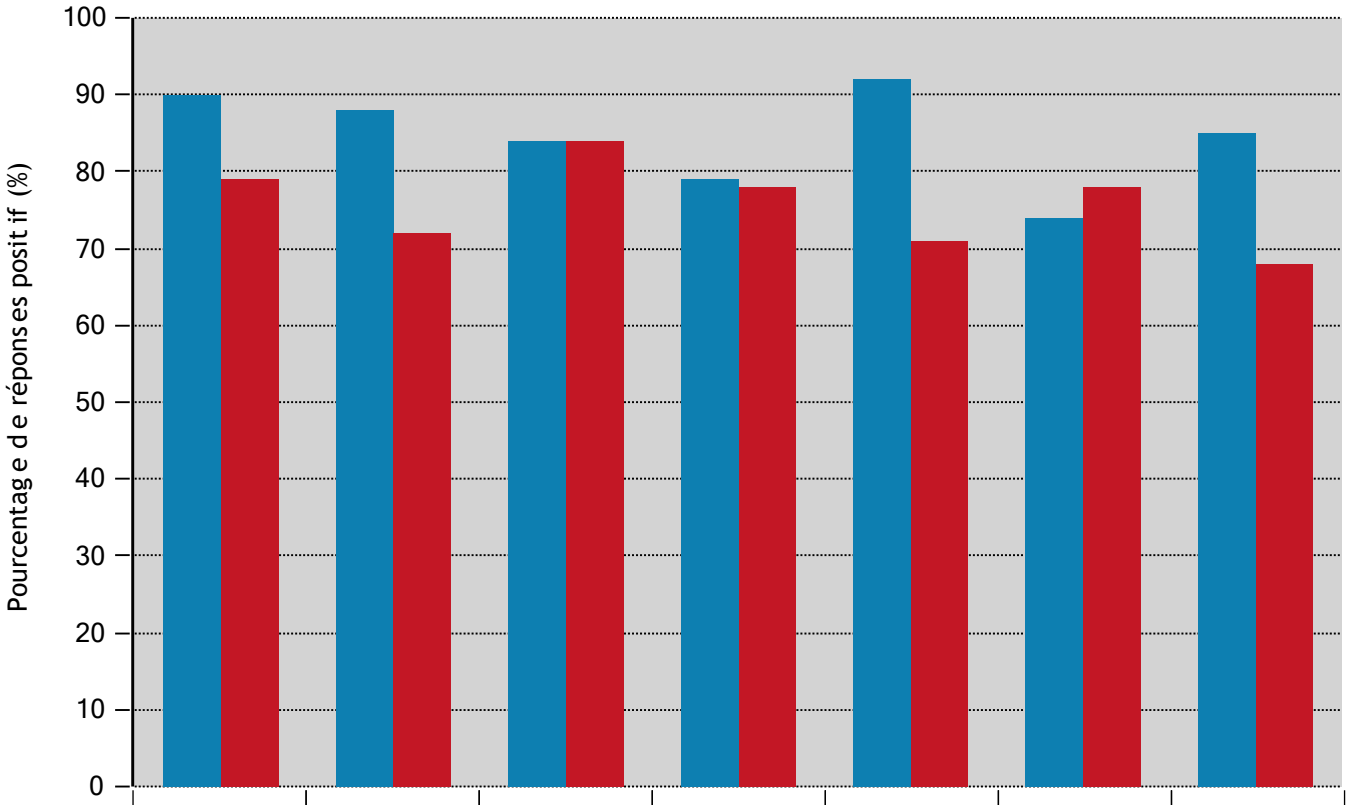
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 : 13 mars 2019 au 28 janvier 2020**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 37**
- **Nombre de réponses : 37**

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



	Travail	Formation et perfectionnement	Collègues de travail	Superviseur immédiat	La haute direction	Sécurité et santé	En général
	90%	88%	84%	79%	92%	74%	85%
	79%	72%	84%	78%	71%	78%	68%

Légende

CHSLD Bussey

* Moyenne canadienne

*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 2021 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Commentaires de l'organisme

Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.

Nous, le CHSLD Bussey (Qc) inc., sommes très satisfaits de la visite d'Agrément Canada qui s'est déroulée au sein de notre établissement du 27 septembre au 1er octobre 2021. Nous tenons à souligner l'approche humaniste et sensible de mesdames et monsieur les visiteurs; cette approche a permis de vivre cette expérience de façon unique et agréable.

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.

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 usagers 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 parties prenantes 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 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.
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	Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.
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.
Don d'organes (donneur vivant)	Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.
Épisode de soins	Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.

Processus prioritaire	Description
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	Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.
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.
Leadership clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestateurs 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 ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.