



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum^{MD}
Soins de longue durée

CHSLD Au coeur de la vie

Rapport publié : 11/07/2023

Table des matières

À propos d’Agrément Canada	3
À propos du rapport d’agrément	3
Confidentialité	3
Sommaire	5
À propos de l’organisation	5
Aperçu des observations de l’équipe de visiteurs	5
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	6
Aperçu du programme	7
Statut d’agrément	8
Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément	8
Pratiques organisationnelles requises	9
Résultats de l’évaluation divisés par chapitre	11
Gouvernance et leadership	11
Modèles de prestation de soins	13
Gestion des situations d’urgence et des catastrophes	15
Prévention et contrôle des infections	16
Gestion des médicaments	18
Expérience de soins des résidents	20
Aperçu de l’amélioration continue de la qualité	22

À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada (AC) est le plus important organisme accréditeur au Canada. Établi depuis plus de 60 ans, AC offre un éventail d'outils et de programmes d'évaluation destinés aux organismes de santé, de services sociaux et communautaires pour améliorer la qualité et la sécurité au Canada et dans le monde entier.

Nous continuons d'élargir notre influence et notre champ d'application. En collaboration avec notre société affiliée, l'Organisation de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d'amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d'évaluation et nos solutions d'amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12 000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d'élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d'atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d'évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l'ensemble de l'écosystème de santé.

AC et HSO sont des organismes indépendants, non gouvernementaux et sans but lucratif qui satisfont aux exigences étendues d'agrément par des tiers du Conseil canadien des normes, de l'International Society for Quality in Health Care (ISQua) et de l'Asia Pacific Accreditation Cooperation (APAC).

À propos du rapport d'agrément

L'organisation mentionnée dans le présent rapport d'agrément participe au programme d'agrément Qmentum^{MD} Soins de longue durée d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'organisation a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 12/06/2023 à 14/06/2023.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d'évaluations par des pairs ainsi que d'autres données obtenues auprès de l'organisation. Agrément Canada se fie à l'exactitude et à la précision des renseignements fournis par l'organisation pour planifier et mener la visite d'agrément et produire le rapport. Il incombe à l'organisation de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d'agrément.

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'organisation mentionnée dans ce rapport d'agrément, et les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'organisation et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'organisation peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à : publications@healthstandards.org.

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni «tel quel» sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en common law, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité de ces dommages.

© Agrément Canada et ses concédants de licence, 2022. Tous droits réservés.

Sommaire

À propos de l'organisation

C'est un organisme familial du nom de BeskCorp inc. Cet organisme est privé non-conventionné, subventionné. L'équipe de direction travaille depuis environ un an avec le ministère de la Santé pour l'obtention du titre de privé conventionné. L'organisme administre des ressources intermédiaires et des CHSLD. La visite d'agrément porte sur le CHSLD de St-Jérôme pour 25 lits, dont 10 lits permanents et 15 lits transitoires. L'ouverture du CHSLD s'est faite en 2018. L'unité du CHSLD se trouve au 2e étage de l'établissement dans lequel on retrouve au RC et au 1er étage des soins et des services pour une clientèle vivant en ressources intermédiaires.

L'organisme compte 25 membres de l'équipe dont cette équipe est composée du personnel en interdisciplinarité.

La mission de l'organisme est de donner des soins et des services à une clientèle avec des troubles cognitifs, problèmes de santé mentale et troubles graves du comportement. Les grandes valeurs de l'organisme sont bien connues du personnel, un savoir-être dans la dispensation des soins afin de respecter la dignité des résidents. De plus, dans le savoir-faire c'est d'assurer la sécurité des résidents et du personnel, c'est aussi d'assurer le bien-être des résidents.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

C'est un organisme bien structuré dont la mission, la vision et les valeurs sont définies et connues du personnel. Les résidents sont au cœur de l'organisme. Le personnel qui compose l'équipe possède aussi les mêmes valeurs.

La composition du comité de direction possède un leadership positif et constructif dans la vision de poursuivre la mission, et aussi de poursuivre les actions mises en place dans l'objectif d'amélioration continue.

L'organisme travaille à implanter des outils informatiques pour faciliter une communication fluide des activités cliniques, administratives et financières réalisées auprès des résidents. Nous encourageons l'organisme à poursuivre le développement des documents informatiques.

La communication téléphonique avec de différents partenaires démontre que le personnel du CHSLD fait preuve d'une grande collaboration pour une amélioration continue des façons de faire. Il est aussi souligné une disponibilité et une grande ouverture aux recommandations proposées. Mais aussi, le souci de participer activement à la réalisation de la vigie attendue du ministère en collaboration avec le CISSS du territoire.

Du point de vue clinique, il y a toute une équipe dédiée au confort, aux soins et aux services des résidents. L'ambiance est familiale. De la musique, de la zoothérapie, du yoga et plusieurs autres activités viennent agrémenter la vie des résidents. Le milieu est sécuritaire et le personnel est bien présent sur place, près et avec les résidents.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Les domaines d'excellence pourraient se résumer à la qualité des soins, la sécurité comme priorité et la dignité comme règle d'or.

Nous sollicitons l'organisme à mettre en place les actions nécessaires pour répondre aux besoins suivants :

- De poursuivre les évaluations de rendement pour son personnel de tout titre confondu.
- D'impliquer les résidents du CHSLD ou leur famille dans différents comités pour l'apport de leur contribution.
- De créer un formulaire sur le consentement du résident l'avant l'application du processus en télésanté et de poursuivre l'évolution de son application.

Aperçu du programme

Le programme Qmentum^{MD}-- Soins de longue durée, adapté à l'aide du programme Qmentum^{MD} d'Agrément Canada, a été personnalisé pour répondre aux besoins en matière de soins et aux valeurs fondamentales des établissements de soins de longue durée. Le but étant de guider l'amélioration continue de la qualité, le programme s'appuie sur les principes de soins centrés sur la personne. Il a été conçu conjointement à partir des idées et des conseils d'un groupe diversifié de parties prenantes du domaine des soins de longue durée.

Le Programme Qmentum^{MD}-- Soins de longue durée est un programme d'agrément qui oriente et soutient l'organisation dans sa trajectoire d'amélioration continue de la qualité visant à offrir des soins sécuritaires, fiables et de haute qualité à ses résidents. Les principaux volets du programme sont notamment le cycle d'agrément continu, l'outil d'évaluation mis à jour divisé en chapitres, quatre méthodes d'évaluation complètes, deux sondages ¹ (le Sondage sur le fonctionnement de la gouvernance et le Sondage mené auprès de la main-d'œuvre sur le bien-être, la qualité et la sécurité) et une plateforme numérique en nuage sécurisée qui servira à la réalisation de ces activités.

¹ Le présent rapport ne comprend pas les résultats des sondages et les commentaires connexes.

Le cycle d'agrément continu comprend quatre phases, au cours desquelles les activités d'agrément sont échelonnées sur quatre ans. Chaque phase comprend des méthodes d'évaluation et des sondages précis qu'il faut appliquer pour passer à la phase suivante. Au fur et à mesure que l'organisation progresse dans chaque phase du cycle, il faut préparer et mettre à jour un Plan d'action d'amélioration continue de la qualité (PAACQ) pour cerner les pistes d'amélioration de façon constante. L'objectif du PAACQ consiste à étudier les résultats des méthodes d'évaluation et des sondages et à prendre des mesures en conséquence, et ce, sur une base continue. Cela permet de cerner les points à améliorer et d'y remédier et de promouvoir la trajectoire d'amélioration continue de la qualité de l'organisation.

L'outil d'évaluation à l'appui de toutes les méthodes d'évaluation (autoévaluation, évaluation virtuelle, attestation et visite sur place), de même que les résultats présentés dans ce rapport, est divisé en chapitres thématiques, comme indiqué ci-dessous. Le rapport comprend un résumé complet des observations des visiteurs, le statut d'agrément accordé à l'organisation, les installations visitées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des processus prioritaires.

Chapitre 1 : Gouvernance et leadership

Chapitre 2 : Modèles de prestation de soins

Chapitre 3 : Gestion des situations d'urgence et des catastrophes

Chapitre 4 : Prévention et contrôle des infections

Chapitre 5 : Gestion des médicaments

Chapitre 6 : Expérience de soins des résidents

Statut d'agrément

Le statut d'agrément de CHSLD Au coeur de la vie est :

Agréé avec mention

L'organisation dépasse les exigences fondamentales du programme d'agrément.

Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément

Cette organisation exerce ses activités dans 1 installation différentes. Des évaluations virtuelles ² et des attestations ³ seront effectuées à toutes les installations de l'organisation, le cas échéant.

² Une évaluation virtuelle peut ne pas être nécessaire en fonction du calendrier de transition et des progrès réalisés dans le cycle d'agrément de l'organisation.

³ Une évaluation de l'attestation peut ne pas être nécessaire en fonction du calendrier de transition et des progrès réalisés dans le cycle d'agrément actuel de l'organisation.

Le tableau suivant présente un résumé des installations ⁴ évaluées lors la visite sur place de l'organisation.

⁴ L'échantillonnage de l'établissement a été exécuté sur les organisations à sites multiples et service unique, ainsi que les organisations à établissements multiples et services multiples.

Tableau 1. Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Sur place
CHSLD Au Coeur de la Vie	✓

Pratiques organisationnelles requises

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été établies comme essentielles à instaurer par l'organisation pour améliorer la sécurité des usagers et pour réduire les risques au minimum. Les POR contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité. Les directives du Comité d'approbation du statut d'agrément (CASA) imposent l'atteinte de 80 % et plus des critères associés aux tests de conformité des POR.

Tableau 2. Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'organisation

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gouvernance et leadership	Responsabilité liée à la qualité des soins	6 / 6	100.0%
Gouvernance et leadership	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.0%
Gouvernance et leadership	Plan de sécurité des usagers	4 / 4	100.0%
Gouvernance et leadership	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.0%
Gouvernance et leadership	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	5 / 7	71.4%
Gouvernance et leadership	Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers	5 / 6	83.3%
Prévention et contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	3 / 3	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Taux d'infection	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Médicaments de niveau d'alerte élevé	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Sécurité liée à l'héparine	0 / 0	0.0%

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gestion des médicaments	Sécurité liée aux narcotiques	0 / 0	0.0%
Gestion des médicaments	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	4 / 4	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des chutes et réduction des blessures	6 / 6	100.0%
Expérience de soins des résidents	Soins de la peau et des plaies	8 / 8	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des plaies de pression	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention du suicide	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Identification des usagers	1 / 1	100.0%
Expérience de soins des résidents	Transfert de l'information aux points de transition des soins	4 / 5	80.0%
Expérience de soins des résidents	Sécurité liée aux pompes à perfusion	0 / 0	0.0%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Gouvernance et leadership

Le chapitre 1 porte sur l'évaluation de la gouvernance et du leadership dans les établissements de soins de longue durée. Les critères de gouvernance et de leadership s'appliquent à l'instance de gouvernance (conseils et comités) et aux équipes d'encadrement. Les thèmes abordés dans ce chapitre comprennent la stratégie et les plans opérationnels, les rôles et responsabilités de gouvernance et de leadership, les politiques et procédures organisationnelles, les systèmes d'aide à la décision, la gestion intégrée de la qualité et la gestion des risques.

Évaluation du chapitre : 93.5% des critères sont conformes

6.5% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 3 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les membres du conseil d'administration connaissent leurs responsabilités, leurs rôles et leurs obligations légales. Ces derniers administrent plusieurs établissements sous leur gouverne. Comme le but de la visite est l'administration du CHSLD, plusieurs membres du comité de direction du CHSLD siègent au conseil d'administration. Ces derniers alimentent le conseil d'administration des éléments reliés sur la santé et la sécurité des résidents du site concerné ainsi que le volet financier de la gestion du CHSLD dans un cadre d'efficience et d'efficacité.

Des tableaux de bord sont élaborés et présentés de façon trimestrielle aux membres du conseil d'administration pour que ces données soient un apport important dans les décisions prises par le conseil et la poursuite de leur soutien dans la réalisation des projets.

Les membres du conseil d'administration en collaboration avec le comité de direction ont une vision de poursuivre le développement de l'organisme dans une perspective de maintenir des soins et des services de qualité et sécuritaire.

Un plan opérationnel découlant du plan stratégique est élaboré et connu du personnel. Son processus de réalisation est encadré par les gestionnaires auprès du personnel.

L'organisme a ajouté du personnel d'encadrement dans la structure hiérarchique pour les activités cliniques et administratives tant envers le personnel qu'envers les résidents. Les politiques et les procédures émises par la direction sont énoncées en fonction des objectifs de l'organisme. À titre d'exemple, la politique sur la prévention de la violence en milieu de travail est implantée et des interventions sont apportées au besoin. Tout en répondant aux besoins des résidents, l'organisme se soucie de protéger le personnel dans la dispensation des soins et des services, entre autres par l'utilisation d'équipement sécuritaire ainsi que l'encadrement des nouveaux embauchés.

Nous soulignons la reconnaissance de l'organisme envers quelques membres de leur personnel par une contribution financière. Cette reconnaissance crée un effet de motivation auprès du personnel.

La direction travaille à la réalisation d'outil informatique pour la dispensation des soins et des services ainsi que pour les volets financier et ressources humaines. Nous les encourageons à poursuivre dans un cadre d'efficience et d'efficacité.

Tableau 3. Critères non conformes en matière de gouvernance et leadership

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.12	Le conseil d'administration reçoit la rétroaction des résidents, des familles ou des proches aidants sur les incidents survenus liés à la qualité et à la sécurité.	Priorité élevée
1.2.17	<p>Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers</p> <p>1.2.17.6 L'information sur les actions recommandées et les améliorations apportées à la suite des analyses des événements est partagée avec les résidents, les familles ou les proches aidants et les membres de l'équipe.</p> <p>1.2.17.7 L'efficacité du mécanisme de gestion des événements est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Voici des mécanismes d'évaluation possibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recueillir la rétroaction des résidents, des familles ou des proches aidants et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place. • Assurer la surveillance des rapports sur les événements en fonction du type d'événement et de sa gravité. • Examiner si les améliorations sont mises en œuvre et maintenues. • Déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les événements. 	POR
1.2.18	<p>Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers</p> <p>1.2.18.2 Le processus de divulgation est examiné et mis à jour, au besoin, avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants et des membres de l'équipe.</p>	POR

Modèles de prestation de soins

Le chapitre 2 porte sur l'évaluation de modèles de prestation de soins sécuritaires et fiables qui répondent aux besoins des établissements de soins de longue durée et reposent sur la mise en œuvre efficace, à l'échelle de l'équipe, du modèle de prestation de services de l'organisation et des politiques et pratiques qui la soutiennent. Les éléments communs de l'excellence dans la prestation de services comprennent un solide leadership d'équipe, des équipes compétentes et collaboratives, des systèmes de renseignements actualisés et des services de télésanté. Ces éléments appuient la prestation de services et les décisions, une évaluation et un suivi réguliers des processus et des résultats et une culture générale de sécurité et d'amélioration continue de la qualité.

Évaluation du chapitre : 82.6% des critères sont conformes

17.4% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 4 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les descriptions d'emplois des différents membres du personnel sont bien définies et connues de ces derniers. La structure hiérarchique favorise l'encadrement du personnel. Les activités cliniques appliquées de façon quotidienne sont appuyées par les membres du comité de gestion et de direction.

Nous constatons plusieurs comités en place tels que le comité de vigilance de la qualité et le comité de la gestion des risques. Ces comités ont des objectifs opérationnels qui permettent d'implanter des actions quotidiennes dans un processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

Nous constatons une gestion de proximité, les équipes d'administrateurs et de gestionnaires sont près du quotidien, ce qui est très apprécié des résidents. L'accessibilité des familles et des proches est encouragée par l'organisme. Certaines démarches sont faites auprès des familles pour solliciter leurs présences afin que ce milieu soit pour eux un milieu familial s'il le désire.

Dès l'embauche, le personnel est intégré dans un programme d'orientation, du contenu de formation s'ajoute lorsque l'employé manifeste son intérêt à poursuivre son intégration ainsi que s'ajoute l'appréciation de l'organisme pour un futur employé faisant partie de l'équipe.

Il existe actuellement, un programme annuel de formation pour l'amélioration et le maintien des compétences. Le contenu est suivi avec rigueur. Nous encourageons l'organisme à augmenter du contenu de formation en lien avec la clientèle gériatrique.

De plus, nous sollicitons l'organisme à reprendre le processus de l'évaluation à la contribution du rendement pour leur personnel.

Pour le processus de la télésanté, un document faisant office de politique et de procédure énonce bien les objectifs ainsi que la démarche pour atteindre l'objectif des soins et des services. Comme le service de télésanté dans le réseau est en développement, la direction va peaufiner graduellement la procédure pour l'adapter davantage aux contextes des soins et des services par la télésanté.

Tableau 4. Critères non conformes en matière de modèles de prestation de soins

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.7	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	Priorité élevée
2.1.18	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants.	Priorité normale
2.2.3	L'organisme obtient et documente le consentement éclairé du résident avant de lui fournir des services de télésanté.	Priorité élevée
2.2.5	L'organisme a conclu un accord écrit avec le prestataire de service qui fournit des services de télésanté et l'établissement de soins directs aux résidents qui reçoit des services de télésanté.	Priorité normale

Gestion des situations d'urgence et des catastrophes

Le chapitre 3 porte sur l'évaluation de la planification et de la gestion des situations d'urgence, des catastrophes et des épidémies pour les établissements de soins de longue durée. Une urgence est une situation actuelle ou imminente constituant un danger d'une importance majeure et pouvant causer des préjudices sérieux à des personnes ou des dommages matériels importants. Elle peut découler de forces de la nature, d'une maladie (y compris les épidémies) ou d'autres risques à la santé, d'un accident, d'un acte intentionnel ou autre. Les thèmes abordés dans ce chapitre comprennent la mise à jour des plans de préparation aux catastrophes, aux situations d'urgence et aux épidémies, la formation appropriée offerte à la main-d'œuvre et aux résidents, l'engagement avec les partenaires communautaires et les plans de communication (internes et externes). L'évaluation des critères de gestion des situations d'urgence et des catastrophes s'applique à l'organisation, y compris à sa direction, à sa main-d'œuvre et à ses équipes de soins de soutien, et inclut les résidents, les proches ou les proches aidants.

Évaluation du chapitre : 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 5 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'organisme possède une procédure bien définie sur les situations d'urgence et de catastrophes. La structure de l'établissement répond aux normes de sécurité. La construction de l'établissement, en grande partie, est en béton et en acier. Des gicleurs sont en place et un système d'alarme est toujours en fonction et son efficacité est évaluée régulièrement. Il existe une chaîne d'appel en cas de besoins, et ce, pour tous les sinistres.

La direction ne met pas en doute la sécurité des résidents et du personnel. Tout est mis en place pour une intervention sécuritaire lors de besoin, le volet préventif est présent.

Dès l'admission, le résident et sa famille sont informés sur les démarches de sécurité assumées par le personnel du CHSLD.

Tableau 5. Critères non conformes en matière de gestion des situations d'urgence et des catastrophes

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Prévention et contrôle des infections

Le chapitre 4 porte sur les pratiques de sécurité organisationnelle des établissements de soins de longue durée en matière de prévention et contrôle des infections (PCI). L'objectif de ce chapitre est de s'assurer que les personnes qui travaillent et qui reçoivent des services auprès de l'organisation restent en sécurité et en bonne santé. Cela au moyen de la prévention et de l'atténuation des risques et du contrôle de la transmission des agents pathogènes ou des infections. Les thèmes présentés comprennent la mise en place d'une équipe ayant une expertise dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections (PCI), la tenue à jour des documents (politiques et procédures), la mise en œuvre de pratiques normalisées (p. ex., hygiène des mains, équipement de protection individuel [EPI], nettoyage et désinfection de l'environnement, nettoyage de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux, gestion de la chaîne d'approvisionnement, gestion des épidémies), les activités de formation continue et l'amélioration continue de la qualité pour aider les organisations à atteindre leurs objectifs en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI). Cette section s'applique à l'organisation, y compris aux gestionnaires, aux autres membres de la main-d'œuvre et à ses équipes de soins de soutien.

Évaluation du chapitre : 96.7% des critères sont conformes

3.3% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 6 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La politique sur la prévention des infections inclut les divers aspects nécessaires à la prévention et au contrôle des infections. Cette politique est facilement accessible pour le personnel.

La mise en place des politiques et des procédures ainsi que leur application a été constatée lors de la visite, tant au niveau du personnel que des résidents et de leurs familles. Il serait important que le médecin en soit aussi informé et encouragé à en prendre connaissance.

Le contexte de pandémie a grandement contribué à la formation du personnel, des familles et des proches sur les pratiques de base et additionnelles en prévention des infections.

La conformité à ces pratiques se doit d'être pérenne. La direction a constaté une discordance entre la connaissance des étapes pour le lavage des mains et l'audit sur le lavage des mains, auprès des employés.

La conformité au port des équipements de protection individuelle est auditée.

Les lieux sont propres et sentent bon, les employés en hygiène et salubrité connaissent bien leurs rôles et l'importance de leur implication dans la prévention et le contrôle des infections.

Tableau 6. Critères non conformes en matière de prévention et de contrôle des infections

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.4	Une évaluation des risques est réalisée afin de cibler les activités à risques élevés d'infection et ces activités sont définies dans les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.	Priorité normale

Gestion des médicaments

Le chapitre 5 porte sur les pratiques de sécurité organisationnelle des établissements de soins de longue durée en matière de gestion des médicaments. Les thèmes abordés dans ce chapitre comprennent une approche collaborative envers la gestion des médicaments, des politiques et procédures actualisées et l'attribution des responsabilités en matière de prescription, de stockage, de préparation et d'administration des médicaments. Le bilan comparatif des médicaments est également abordé. Cette section s'applique à l'organisation, y compris à ses gestionnaires, aux autres membres de sa main-d'œuvre et à ses équipes de soins de soutien.

Évaluation du chapitre : 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 7 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Lors de cette visite, les gens rencontrés sont intéressés et fiers de présenter les outils qu'ils ont développés, mis en place ou qui seront à venir.

Le CHSLD a une entente avec la pharmacie Fancis Shefteshy et Christian Shefteshy. La pharmacie est ouverte du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00. Cependant, les pharmaciens offrent une couverture de garde 24/7.

La force du partenariat entre le personnel du CHSLD et la pharmacie assure une continuité et la gestion sécuritaire du circuit du médicament pour les résidents.

La politique et la procédure de gestion des médicaments comprennent plusieurs informations en lien avec les rôles et les responsabilités de chacun et les étapes du circuit du médicament. Qui plus est, on y retrouve plusieurs annexes.

À l'intérieur de la politique et la procédure, on retrouve des éléments concernant l'auto-administration des médicaments. La direction a prévu, dans un objectif d'amélioration, d'écrire une politique spécifique pour l'auto-administration des médicaments.

Dans les autres politiques connexes, on retrouve notamment, celle de la double identification, celle du bilan comparatif du médicament, celle de la gestion des narcotiques et des drogues contrôlées.

En processus d'amélioration, l'organisme veut se doter de l'informatisation de la feuille d'administration des médicaments (FADM). Elle procédera avec l'arrivée d'un nouveau pharmacien qui se joindra avec l'équipe de pharmaciens déjà en place.

Il est aussi avantageux d'identifier plus spécifiquement une liste des médicaments d'alerte élevée. La liste qui est présentée est une liste générale. Celle-ci contient des médicaments qui ne sont pas disponibles au CHSLD et qui ne sont jamais prescrits.

Finalement, le pharmacien vient à l'occasion au CHSLD. Il profite de sa visite pour évaluer le circuit du médicament. Dans un processus amélioré, cette visite pourrait être préparée et planifiée formellement au moins annuellement.

Tableau 7. Critères non conformes en matière de gestion des médicaments

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Expérience de soins des résidents

Le chapitre 6 se concentre sur les critères liés à l'expérience de soins d'un résident dans un établissement de soins de longue durée. Les thèmes abordés dans ce chapitre comprennent la création d'une équipe compétente en matière de prestation de soins et de services, équipe qui s'appuie sur l'approche de soins centrés sur la personne telle que définie par HSO. Ils comprennent aussi la prestation de soins sécuritaires et fiables répondant aux besoins des résidents et à la façon dont ils définissent leur qualité de vie. Le chapitre met l'accent sur l'importance des résidents et des proches aidants en tant que participants actifs aux soins et aux services dispensés. Les plans d'intervention individualisés se fondent sur les besoins et les objectifs des résidents, sur la prise de décision partagée et sur l'autogestion. De plus, ils s'appuient sur des principes éthiques de respect, de dignité, de confidentialité, de confiance et de consentement éclairé.

Évaluation du chapitre : 98.4% des critères sont conformes

1.6% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 8 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La direction du CHSLD offre différentes formations pour développer et maintenir les connaissances du personnel. Elles portent notamment sur la loi visant la lutte contre la maltraitance, les symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence, les contentions, les soins palliatifs et sont présentées sous différentes formes.

Au moment de l'admission au CHSLD, le résident et ses proches reçoivent un guide d'accueil comportant de nombreuses informations. La trajectoire de communication avec le répondant du résident y est précisée, le code d'éthique, les droits et responsabilités du résident et ses proches, la procédure des plaintes, les services inclus et exclus. Toute une procédure d'admission est déployée avec un formulaire de six pages où chaque élément doit être présenté et initialisé par l'intervenant qui procède à l'accueil.

L'état de santé est évalué par divers outils standardisés, tels que l'échelle de Braden, le risque suicidaire, l'évaluation du risque de chute. Bien qu'une question fasse état si le patient est déprimé, étant donné le type de clientèle, il y aurait lieu d'avoir un bref outil de dépistage de la dépression.

Environ six semaines après l'admission, une rencontre avec le résident et ses proches est prévue. Le plan intervention individualisé est présenté, modifié selon les informations et mis en place. Cela constitue un moment d'échange entre le résident, ses proches et l'équipe clinique.

Les loisirs sont bien présents au CHSLD. C'est la zoothérapie le lundi, la musique le mardi... le yoga, le bricolage, etc. Tout cela est donné par une ou des personnes joyeuses et souriantes.

Dans le cadre de cette démarche, il a été possible de rencontrer plusieurs résidents et familles.

L'accueil, l'environnement physique et les communications ont été soulignés comme des éléments appréciés par les personnes rencontrées.

Les gens rencontrés sont à l'aise avec plusieurs éléments vérifiés, dont les informations reçues lors des situations régulières ou particulières. Ils apprécient grandement les communications. Un autre élément souligné par ces personnes est la diversité des activités de loisir qui sont nombreuses. «Au cœur de la vie, les intervenants travaillent avec le cœur», disait une des familles rencontrées.

Les activités ont été déplacées d'endroit afin de préserver la tranquillité de certains résidents.

Un agrandissement est prévu prochainement afin de faire un pas de plus pour combler les besoins des résidents et des familles.

Dans un processus d'amélioration, tout en respectant les contraintes organisationnelles, l'établissement ajoute de l'équipement spécialisé afin de maximiser la réponse aux besoins de sa clientèle.

Tableau 8. Critères non conformes en matière d'expérience de soins des résidents

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.3.6	Transfert de l'information aux points de transition des soins	POR
6.3.6.5	<p>L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des résidents) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert des renseignements; • demander aux résidents, aux familles ou aux proches aidants et aux prestataires de services s'ils ont reçu les renseignements dont ils avaient besoin; • évaluer les événements liés à la sécurité qui se rattachent au transfert des renseignements (p. ex., à partir du système de gestion des événements liés à la sécurité des résidents). 	

Aperçu de l'amélioration continue de la qualité

Un plan d'amélioration continue de la qualité est élaboré et suivi avec rigueur. Les membres du comité de gestion des risques ainsi que le comité de vigilance de la qualité sont tous les deux bien impliqués dans sa réalisation.

Nous observons que les éléments de la gestion des risques émis dans les tableaux de bord sont une source d'information pertinente pour l'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité.