



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum^{MD}
Soins de longue durée

Manoir St-Patrice Inc.

Rapport publié : 17/04/2024

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	6
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	7
Aperçu du programme	9
Statut d’agrément	10
Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément	10
Pratiques organisationnelles requises	11
Résultats de l’évaluation divisés par chapitre	13
Gouvernance et leadership	13
Modèles de prestation de soins	15
Gestion des situations d’urgence et des catastrophes	17
Prévention et contrôle des infections	19
Gestion des médicaments	20
Expérience de soins des résidents	22
Aperçu de l’amélioration continue de la qualité	25

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 07/11/2023 à 09/11/2023.

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

Le Manoir St-Patrice est un établissement privé conventionné de 96 lits situé à Laval. Créé en 1961 par Monsieur Elmer et Madame Betty Carey, cet établissement privé a été conventionné au cours des années 1970. Depuis, de nombreux projets d'agrandissements et de réaménagements ont été entrepris afin de créer davantage d'espaces pour le bien-être des résidents et d'assurer la sécurité des installations. Au cours des dernières années, des actions concrètes ont été mises en œuvre pour maintenir la renommée de qualité et l'aspect familial de l'établissement.

Les 96 lits sont répartis en 29 chambres privées et 34 chambres semi-privées. Il y a actuellement 94 lits dressés.

Le personnel est composé de 182 personnes, nouvelles et anciennes, ce qui donne un beau mélange de fraîcheur et d'expérience. Le personnel est renommé pour son dévouement, sa chaleur et son professionnalisme. Depuis la pandémie de Covid-19, les budgets ont été rehaussés en vue d'ajouter et rehausser les postes d'infirmières, d'infirmière auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires. Le MSSS a également octroyé un poste supplémentaire de chef d'unité.

Trois enjeux composent le plan stratégique. Ces enjeux se déclinent en plusieurs axes qui composent la planification opérationnelle pour l'année en cours. La mission, la vision et les valeurs de l'organisation ont été revues, sont connues et diffusées.

La documentation de l'organisation est impressionnante. Les politiques et les procédures sont nombreuses et à jour. Elles sont diffusées aux équipes, aux résidents et aux proches qui participent à leur mise à jour.

Différents sondages sont réalisés afin de connaître l'opinion des résidents, soit des sondages post-admission et des sondages de satisfaction. Les résultats sont analysés et sont pris en compte dans l'ensemble des améliorations qui sont apportées aux pratiques et à la gestion.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Le résident et sa famille sont vraiment au centre des préoccupations de l'organisation. On peut sentir les soins centrés sur la personne à tous les niveaux. Le comité des usagers est présent et très actif. Ses opinions et ses recommandations sont prises en compte par le personnel et l'équipe de gestion.

Ce qui frappe lorsqu'on arrive dans cette organisation, c'est le calme et la grande propreté des lieux, malgré que les bâtiments datent de plusieurs années et que l'on y retrouve plusieurs chambres semi-privées. Une visite des lieux avec la directrice générale nous a permis de constater sa connaissance des résidents, ainsi que celle des résidents envers elle et le souci d'avoir des conversations de part et d'autre. On sent vraiment un fort esprit familial qui se dégage.

L'activité repas est ce qui suscite le plus d'engouement et le plus de préoccupations de la part des résidents. Un comité sur l'activité repas a été instauré, des plats sont dégustés et l'on essaie de répondre à chacun selon ses demandes. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un sujet sensible duquel chacun des employés et des gestionnaires doit se préoccuper, par la présentation des plats, les contrôles de chaleur, la création d'une ambiance calme et chaleureuse lorsqu'on nourrit le résident.

D'autres éléments concernent l'accès à certains services offerts au réseau de la santé qui ne leur sont pas partagés. Malgré des partenariats solides avec certaines instances ou groupes, l'organisation bénéficierait d'un meilleur arrimage, afin de partager entre autres des sites, de la formation et autres, en tant qu'établissement conventionné.

L'établissement en est à son septième exercice d'agrément. Les équipes se sont bien préparées et connaissent les différentes composantes de leur organisation.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

La documentation de l'organisation aussi administrative que clinique est imposante, présente, diffusée et à jour. Tout est papier ou sur un fichier partagé accessible uniquement à certaines personnes clés. L'utilisation de systèmes d'information permettrait une accessibilité, une diffusion plus large et des rééditions simplifiées.

La gouvernance est exercée par un conseil d'administration familial et très impliqué. Les rôles sont partagés et l'ensemble des tâches sont couvertes. Une directrice des soins infirmiers et une équipe de gestion complètent l'ensemble des rôles.

Tout ce qui est nécessaire pour assurer la bonne gestion de l'organisation est en place et bien documenté. Les processus d'embauche et d'accueil du personnel, les évaluations, la formation, les exercices de simulation caractérisent la gestion des ressources humaines. La gestion financière est assurée par une chef des services administratifs, qui s'assure entre autres, que les heures dépensées respectent les heures allouées. Le vérificateur externe confirme la gestion des exercices financiers pour présentations au conseil d'administration et au MSSS.

La qualité des soins est assurée au niveau de la direction des soins infirmiers par la directrice et les deux gestionnaires. Aucune situation n'est laissée en plan. Tout est adressé afin de trouver rapidement des solutions.

De nombreuses formations sont offertes, mais le comité des usagers croit que certaines autres devraient être offertes.

L'équipe de PCI est très dynamique, professionnelle et soucieuse de la qualité et de la gestion des risques associés aux infections. Le soutien expert en matière de prévention et contrôle des infections est assuré par une conseillère spécialisée du CISSS de Laval qui assure une présence dans l'organisme en soutien à l'équipe locale. Un programme complet et basé sur les données probantes et les meilleures pratiques en prévention et contrôle des infections est en place. Des outils informatisés performants sont utilisés pour la déclaration et le suivi des infections nosocomiales et des éclosions en temps réel. L'organisme réalise des audits sur le lavage des mains et le respect des techniques d'isolement. Les résultats des activités de mesure de la qualité sont diffusés et utilisés pour apporter des améliorations.

La distribution des médicaments est faite de façon structurée et sécuritaire. Un fournisseur externe (pharmacie communautaire) assure les services de pharmacie en collaboration étroite avec l'organisme. Le bilan comparatif du médicament (BCM) est fait pour tous les résidents. Le politique sur le circuit du médicament définit en détail toutes les étapes, de la prescription à la distribution du médicament. Les incidents et accidents associés à la distribution des médicaments sont analysés systématiquement pour apporter des améliorations. La divulgation est faite auprès des usagers et à leurs familles.

L'usager et sa famille sont partie prenante du plan d'intervention interdisciplinaire et une approche collaborative interdisciplinaire est favorisée pour répondre aux besoins des résidents. Une équipe multidisciplinaire œuvre autour de l'usager. Il a été constaté que l'usager est au centre de cette démarche. On applique une approche «Milieu de vie» pour offrir aux résidents des soins personnalisés selon leurs valeurs, leurs habitudes de vie, ainsi que le respect de leur intimité, leur dignité et leurs droits. Un préposé aux bénéficiaires (PAB) accompagnateur est identifié pour chaque résident pour mieux répondre à ses besoins. Un processus de plainte est en place et connu des résidents et de leurs proches. Une politique de prévention de la maltraitance est connue et en place.

L'organisme démontre une grande volonté de soutenir la compétence de ses équipes. On offre de nombreuses formations en soutien aux pratiques cliniques exigées en soins de longue durée. Ces formations respectent les données probantes et les meilleures pratiques. Plusieurs formations sont ainsi offertes aux employés (prévention des mauvais traitements, gestion des comportements réactifs des usagers, utilisation sécuritaire des mesures de contrôles, modalités de transfert des résidents, prévention des plaies de pression, prévention des chutes et plusieurs autres). Les soins sont offerts de façon sécuritaire par une équipe dédiée et engagée où la sécurité du résident est omniprésente.

Les services auxiliaires assurent la sécurité des bâtiments et coordonnent le plan des mesures d'urgence. De la formation, des exercices de simulation et de la rétroaction sont effectués. Des suivis sont faits avec le service des incendies de la Ville de Laval qui s'assure de la sécurité et de la conformité des installations. Une coordination interne est identifiée et le recours aux partenaires externes est effectué selon l'urgence de la situation et l'ampleur du sinistre. Des liens sont à faire avec le CISSS de Laval afin de s'assurer qu'une coordination régionale fonctionnelle est en place. De plus, des ententes sont à faire avec la sécurité civile pour assurer la disponibilité de personnel lorsque les accès au site sont

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 Manoir St-Patrice Inc. est :

Agréé avec mention d'honneur

L'organisation atteint le plus haut niveau de résultats possible et fait preuve d'excellence dans sa conformité aux exigences 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
Manoir St-Patrice	✓

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	7 / 7	100.0%
Gouvernance et leadership	Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.0%
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	4 / 4	100.0%

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	3 / 3	100.0%
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	5 / 5	100.0%
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: 100.0% des critères sont conformes

0.0% 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 :

La famille propriétaire constitue le conseil d'administration. Les rencontres sont planifiées quatre fois par an ou davantage au besoin. La présidente est membre du comité vigilance et qualité, où sont présentés et discutés les indicateurs de gestion ainsi que ceux de la gestion des risques. La commissaire aux plaintes y fait aussi son rapport. Un vérificateur financier produit un rapport intérimaire à mi-mandat et un rapport de fin d'année. Les états financiers doivent être présentés au MSSS au plus tard le 30 juin.

Le budget de l'organisation est historique. La responsable des finances suit le budget des heures et jette un regard sur le flux de trésorerie. Depuis 2007-2008, le MSSS finance les projets et l'acquisition d'équipements par le maintien d'actifs.

Trois axes stratégiques ont été déterminés par le conseil d'administration en collaboration avec le personnel et les résidents. Ils concernent le milieu de vie, l'environnement de travail et la gestion efficiente basée sur les besoins de la clientèle. De ces axes découle une planification opérationnelle qui est suivie par l'instance de gouvernance et par l'équipe de gestion. La mission, la vision et les valeurs ont été déterminées en collaboration avec l'équipe et elles sont diffusées dans les documents corporatifs et le site web. Elles sont affichées à l'intérieur de l'organisation. Les rapports hiérarchiques sont bien définis. Les rôles et responsabilités sont clairs et connus par chacun des membres de l'organisation, particulièrement en ce qui concerne la sécurité des résidents.

Les soins centrés sur la personne sont au cœur des services et des décisions de l'établissement. L'avis des résidents est important pour la gouvernance et plusieurs activités sont organisées afin de connaître leurs idées et leurs réflexions : sondage six semaines après l'admission, sondage annuel, rencontre annuelle, causerie alimentaire, rencontres individuelles quotidiennes avec l'équipe de direction. Les demandes des résidents se situent principalement au niveau de l'alimentation, d'un programme d'exercices, de locaux plus adaptés à leurs besoins.

L'environnement physique est propre, calme et agréable, malgré que certaines sections datent de plusieurs années. L'entretien des installations est rigoureux. Le plan de modernisation des locaux et des équipements est prévu selon un plan précis. Les travaux sont faits avec rigueur en incluant les conseillères en prévention des infections et le comité des résidents qui s'assurent de la sécurité. Les systèmes d'appoint permettent de pallier les pannes potentielles pour une longue période.

Des partenariats sont établis afin de fournir des services supplémentaires aux résidents, qu'on pense entre autres aux loisirs.

Les communications internes et externes sont assumées par la direction générale, supportées par les professionnels et l'équipe de gestion. Tout est fait à l'interne et diffusé auprès des différents publics. Des fichiers partagés à accès limité permettent de consulter des informations à l'informatique. Le journal interne est acheminé aux répondants des résidents. Des courriels et mémos sont acheminés au besoin. Malgré ce qui est réalisé, l'utilisation accrue des technologies permettrait une meilleure communication. L'organisation est invitée à réfléchir à l'implantation de systèmes en ce sens.

Le plan d'amélioration continue de la qualité et le plan de sécurité sont des modèles à suivre. Des rencontres sont tenues et des formations sont données. Les politiques et procédures concernant la déclaration et la divulgation des événements sont en place, et sont suivies par l'ensemble du personnel. Les événements sont déclarés et analysés, et des améliorations sont apportées s'il y a lieu. Les équipes, les résidents et leurs proches sont informés des événements déclarés et des suivis qui y sont apportés. Un comité de vigilance et qualité a été introduit. Un calendrier des rencontres est établi et la documentation est transmise dans les délais requis. Dès qu'un élément se présente, il est adressé en vue de le solutionner.

Le respect, la dignité, la protection de la vie privée et la confidentialité sont des valeurs chères à l'organisation. Tout est mis en place afin de s'assurer que le résident se sente chez lui, en toute sécurité, et bien protégé. Il existe très peu de plaintes, l'organisation étant proactive et tentant de régler les situations avant qu'elles ne dégénèrent.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

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: 100.0% des critères sont conformes

0.0% 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 demandes d'admission sont reçues du mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) par les chefs d'unités. Un contact avec la famille est fait avant de finaliser l'admission. Le CHSLD s'est fixé un maximum de 24 heures de délais afin de procéder à une admission dans un lit qui s'est libéré. Le dossier du résident est amorcé. Le dossier est actuellement papier, mais le logiciel SICHELD est utilisé pour les plans de travail des préposés aux bénéficiaires. Des audits sont tenus afin de s'assurer de la qualité des interventions et de la qualité des pratiques.

Le processus d'accueil du personnel est fait selon les règles : affichage de poste, sélection des curriculum vitae, entrevue, test écrit, références, antécédents judiciaires, confirmation de l'embauche, bilan de santé. S'ensuit le processus d'accueil avec remise d'une pochette d'accueil incluant le profil du poste et les rôles et responsabilités en matière de sécurité, rencontre avec les ressources humaines, jumelage avec un autre employé et évaluation en période de probation. Beaucoup d'énergie est déployée afin de recruter la bonne ressource et de bien la former pour qu'elle puisse accomplir ses tâches de la meilleure façon et dans la meilleure ambiance possible. Une évaluation au rendement est effectuée pour l'ensemble du personnel aux deux ans, ce qui permet de faire les ajustements, de reconnaître les contributions et de prévoir les activités de développement. Plusieurs préposés aux bénéficiaires boursiers ont été embauchés. Ils ont dû être formés pour le PDSP. La majorité d'entre eux est demeurée à l'emploi du CHSLD. Des entrevues de départ sont à faire de façon systématique, afin de connaître les raisons qui motivent un employé à quitter.

Les dossiers du personnel sont complets, rangés de façon sécuritaire et à jour. Dans les dossiers plus récents, les engagements à la confidentialité et les antécédents judiciaires sont retrouvés. Nous suggérons à l'organisation de profiter du mois sur la confidentialité pour reprendre le message sur les différentes facettes de la confidentialité des informations des résidents et de permettre à chaque membre du personnel de renouveler et de signer son engagement à la confidentialité.

Tout le personnel a reçu de la formation contre la maltraitance. Si un résident en frappe un autre, une déclaration est remplie. Une enquête est tenue et la commissaire aux plaintes est informée. Des solutions sont envisagées pour trouver la meilleure alternative ou le meilleur milieu pour le résident.

Un comité santé et sécurité au travail est en place. Il permet de cibler les situations à risque et d'apporter des solutions. La politique pour contrer la violence en milieu de travail existe depuis longtemps. Elle a été révisée avec l'équipe et des ajouts ont été faits concernant la violence des résidents. Le personnel déclare les événements. Une enquête est faite par le gestionnaire auprès du personnel concerné.

Des enjeux psychologiques ont été vécus par le personnel suite aux décès de nombreux résidents en début de pandémie. Un support a été apporté aux personnes qui en ont eu besoin. Le programme d'aide aux employés est disponible et accessible. Les gestionnaires sont accessibles et près de leur personnel.

L'évaluation de la charge de travail s'effectue en continu. Un tableau est produit tous les trois mois. Il est discuté à l'interne et un rééquilibrage des ressources est effectué au besoin.

La qualité de vie au travail est importante pour l'organisation. De nombreuses activités sont organisées afin de dire merci au personnel : petits déjeuners, BBQ, activités de reconnaissance pour les années d'expérience, activités thématiques et autres.

De nombreuses sources de données probantes sont utilisées afin de connaître les meilleures pratiques et d'ajuster les politiques, les procédures et les soins, dont l'Association des établissements privés conventionnés, le site de Philippe Voyer, la documentation du CISSS de Laval, le MSSS et autres. L'utilisation du Teams depuis la pandémie a apporté plusieurs bienfaits pour l'organisation.

Malgré que le centre soit conventionné, l'accès au site ENA est impossible, sauf pour certaines formations ciblées comme maltraitance et soins de fin de vie. Une intervention est à faire afin que le centre puisse avoir accès à cette banque de formations adaptées et à jour.

L'organisation n'a pas encore mis en place de politiques et de procédures relatives à l'utilisation de la télésanté. Par contre, les communications électroniques ont été utilisées avec les résidents et leurs familles lors de la pandémie. Ce mode de communication se poursuit. Il serait intéressant d'ajouter un document à la pochette d'accueil du résident afin que chacun puisse donner son consentement aux communications électroniques.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

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 :

Le plan d'intervention sur les mesures d'urgence est très bien fait, complet et à jour. En 2018, il a été revu à la demande des pompiers de Laval. Le service des incendies a validé le manuel et les installations. Il procède à une inspection annuelle.

Un comité des mesures d'urgence est en place. Il fait une revue annuelle du plan des mesures d'urgence qui subit une révision en profondeur aux quatre ans.

Depuis les rénovations de 1996, des portes coupe-feu ont été installées, ce qui permet des évacuations horizontales en cas de sinistres. Une formation sur les mesures d'urgence est donnée chaque année et à l'accueil du nouveau personnel. Des exercices de simulation sur les différents codes sont faits deux fois par année. Un post-mortem est réalisé afin d'apporter des compléments de formation ou d'informations. Les rapports des interventions sont acheminés au service des incendies de Laval.

Lors d'un événement, l'infirmière du 1er étage, qui agit comme responsable de l'opération en l'absence du chef des installations matérielles, coordonne le panneau, vérifie l'événement, lance le code et planifie les interventions avec l'équipe présente sur place.

Le centre de coordination est situé à la réception du site. Dans chacun des postes, une réplique du tableau incendies est présente, ainsi qu'une valise grise qui permet à l'infirmière d'avoir le matériel nécessaire à sa première intervention. Un téléphone de garde est disponible pour les urgences cliniques.

Les procédures d'évacuation sont claires et prévoient l'utilisation des partenaires en cas d'évacuation externe. La coordination régionale des mesures d'urgence devrait être sous l'égide du CISSS de Laval qui a repris les fonctions régionales de l'Agence des services de santé et des services sociaux. Une discussion devrait avoir lieu avec le CISSS pour s'assurer qu'il remplit son mandat à ce sujet. Des ententes sont aussi à négocier avec la sécurité civile, afin de s'entendre sur les procédures à suivre pour que le personnel rappelé puisse se rendre, en cas de rues fermées ou d'inaccessibilité du site.

Un plan de continuité est présent dans le plan des mesures d'urgence afin de prévoir un retour à la normale des différents systèmes. Un plan de contingence existe pour le personnel et la technicienne aux horaires vient en aide pour l'actualiser. Des communications sont faites au personnel et aux familles tout au long des événements afin de les garder informés.

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: 100.0% des critères sont conformes

0.0% 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 :

L'équipe de PCI est très dynamique. Le soutien expert en matière de prévention et contrôle des infections est assuré dans l'organisme par le CISSS de Laval et une conseillère spécialisée en PCI du CISSS de Laval est en soutien. Une présence hebdomadaire de cette dernière est assurée à raison de 2 jours par semaine.

Le plan opérationnel 2023-2024 de la planification stratégique 2024-2028 comprend dans son orientation stratégique 3.2 portant sur un environnement sécuritaire, l'application des mesures de contrôle en PCI et plusieurs indicateurs suivis par l'organisme, dont : la réalisation du plan d'action en PCI, le nombre de jours d'éclosions, la formation sur les pratiques de base et additionnelles, le taux de couverture vaccinale et la conformité aux audits de lavage des mains.

Une politique de prévention et contrôle des infections est en place. Elle comprend des modalités de surveillances, les pratiques de base, les précautions additionnelles, la gestion des éclosions ainsi que la gestion des différents risques infectieux. Le programme s'appuie sur les données probantes et les meilleures pratiques en PCI. Des outils informatisés performants (tableaux de bord interactif et de gestion des éclosions) sont utilisés pour la déclaration et le suivi des infections nosocomiales et des éclosions en temps réel.

L'organisme réalise des audits sur le lavage des mains et le respect des techniques d'isolement. Le résultat des activités de mesure de la qualité est diffusé et utilisé pour apporter des améliorations. Les infections nosocomiales et les éclosions font l'objet d'analyses et de suivis et des mesures sont mises en place pour éviter des répétitions. Une analyse trimestrielle est faite au comité de gestion des risques.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

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: 97.4% des critères sont conformes

2.6% 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 :

La distribution des médicaments est faite de façon structurée et sécuritaire. Un fournisseur externe (pharmacie communautaire) assure les services de pharmacie en collaboration étroite avec l'organisme. Le bilan comparatif du médicament (BCM) est fait et documenté pour tous les résidents. Le circuit du médicament définit en détail toutes les étapes de la prescription à la distribution du médicament.

Les incidents et accidents associés à la distribution des médicaments sont analysés individuellement pour apporter des améliorations. La divulgation est faite auprès des usagers/proches et est documentée au dossier du résident.

Une liste des abréviations dangereuses est en place. Elle fait partie de l'orientation initiale en soins infirmiers lors de l'arrivée dans l'organisme.

L'organisme examine les accidents liés aux médicaments sur une base de type «au cas par cas». Un suivi de chaque accident pris individuellement est fait et des mesures correctives sont appliquées. Par contre, il a été discuté que l'organisme ne procède pas à une évaluation annuelle du système de gestion des médicaments (circuit du médicament). Il a été discuté et recommandé de mettre en place un comité de pharmacie intégrant le pharmacien dont l'un des rôles pourrait, entre autres, être d'analyser les incidents et accidents en lien avec les médicaments, d'évaluer les politiques et procédures sur le circuit des médicaments, de suivre des indicateurs spécifiques et de proposer des mesures d'amélioration dans une vision globale plutôt qu'individuelle. Un tel comité n'existe pas actuellement dans l'organisme.

Il a été observé que l'infirmière peut préparer à l'avance son médicament narcotique à administrer au résident. Dans ce cas, elle prépare le médicament narcotique d'alerte élevée à partir de l'armoire à narcotiques en plaçant le comprimé dans un gobelet de carton dont le seul identifiant est le numéro de chambre inscrit à la main au fond du gobelet (le nom du résident n'y est pas inscrit). Cette préparation se fait en présence d'une autre infirmière qui procède alors à la double vérification et contresigne le registre de narcotiques en ce sens. Le narcotique préparé est ensuite conservé dans le chariot à médicaments de l'infirmière jusqu'au moment de l'administration qui peut aller jusqu'à 2 ou 3 heures plus tard. Cette façon de faire ne respecte pas la double identification de l'utilisateur au moment de l'administration (le médicament narcotique n'a plus son contenant d'origine et l'infirmière n'a que le numéro de chambre inscrit à la main dans le gobelet).

Comme mentionné au Plan de sécurité 2023-2024, l'organisme compte poursuivre l'implantation du projet OPUS-AP (Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services — antipsychotiques) sur la réduction de l'utilisation des antipsychotiques en hébergement. L'organisme est encouragé à poursuivre cette démarche.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.41	Avant l'administration d'un médicament, le profil du résident est consulté pour vérifier toutes les règles « 5B » avant l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie d'administration, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.	Priorité élevée
5.1.59	L'organisme effectue une évaluation annuelle du système de gestion des médicaments.	Priorité normale

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: 96.7% des critères sont conformes

3.3% 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 :

Former une équipe compétente :

L'organisme offre de nombreuses formations en soutien aux pratiques cliniques exigées en soins de longue durée. Au niveau de la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), différentes mesures sont en cours d'implantation. De la formation sur la gestion des comportements réactifs est offerte annuellement. Le déploiement de l'approche relationnelle pour les résidents atteints de SCPD est en cours et la formation est à poursuivre en 2024. L'organisme compte poursuivre l'actualisation du milieu de vie en 2024-2025 en donnant une formation sur l'approche relationnelle de soins.

La prestation de soins centrés sur les personnes :

Les valeurs de l'organisme sont le respect et la bienveillance (dignité, estime de soi, sécurité...), la qualité, l'engagement (sentiment d'appartenance, fierté, engagement...), la reconnaissance et la transparence.

La planification stratégique 2024-2028 propose une philosophie d'intervention qui précise entre autres la liberté du résident de décider et de choisir, la préservation de son identité, sa dignité, son estime de soi et son confort, le respect de ses goûts, ses préférences et ses valeurs, l'aide et le respect dans le maintien de ses liens significatifs et l'exercice de sa liberté d'expression, d'action et d'implication.

L'enjeu 1 de la planification stratégique 2024-2028 propose entre autres comme orientations stratégiques, l'actualisation du milieu de vie, la promotion d'une culture de bienveillance, le développement de la collaboration avec ses proches, comité des résidents, bénévoles et partenaires et le «Chez soi» comme environnement adapté propice au bien-être.

La mission, les valeurs et la vision de l'établissement sont connues et communiquées aux usagers/familles, aux membres de l'équipe et à la communauté. Un code d'éthique est en place et est affiché.

L'usager et sa famille sont partie prenante du plan d'intervention interdisciplinaire et une approche collaborative est favorisée pour répondre aux besoins des résidents. Une équipe multidisciplinaire complète œuvre autour de l'usager.

L'histoire de vie des usagers est faite à l'admission et affichée dans la chambre des résidents. On applique une approche «Milieu de vie» pour offrir aux résidents des soins personnalisés selon leurs valeurs, leurs habitudes de vie ainsi que le respect de leur intimité, leurs droits et leur dignité. Un comité milieu de vie est en place. Sa responsabilité est de poursuivre le développement du milieu de vie et d'en promouvoir l'actualisation au quotidien.

Le comité de soins et des services cliniques exerce notamment le mandat de s'assurer de l'intégration d'une culture de qualité, de sécurité et de soins centrés sur le résident et ses proches dans tous les aspects de la prestation des soins et services et vise à examiner et trouver des moyens pour améliorer la qualité au point de service.

Une programmation diversifiée d'activités individuelles ou de groupe en tenant compte des besoins, goûts et intérêts des résidents contribue à l'amélioration du milieu de vie. Le calendrier mensuel des activités est affiché à chaque unité. Le service de soins spirituels offre des services diversifiés qui tiennent compte des croyances et des valeurs des résidents.

Le menu sur trois semaines est révisé deux fois par année. Une évaluation nutritionnelle est faite pour chaque résident par une nutritionniste à l'admission. Un menu principal et des choix secondaires sont offerts pour tenir compte des goûts et aversions. Des collations sont offertes l'après-midi et le soir, et sont disponibles en tout temps dans les cuisinettes des unités de vie.

La rotation du personnel est réduite au maximum. Un préposé aux bénéficiaires est nommé comme intervenant accompagnateur pour chacun des résidents et des rencontres formelles sont tenues hebdomadairement avec l'équipe soignante.

Suite à l'analyse des dossiers des résidents, il a été observé et discuté que le plan thérapeutique infirmier (PTI) et/ou le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ne reflètent pas toujours la problématique clinique actuelle du résident (par exemple troubles de comportements, chutes, soins de plaies, mesures de contrôle). Par exemple pour un résident qui présente des troubles de comportements (agressivité, résistance aux soins, cris répétitifs, etc.) le PTI ne contient pas nécessairement le constat approprié ni les directives infirmières pertinentes. Le plan de travail des PAB peut aussi ne pas contenir ces directives ou encore elles ne sont pas assez spécifiques en regard de l'approche relationnelle connue des PAB.

Fournir des services sécuritaires et efficaces :

Les soins sont dispensés de façon efficace et sécuritaire par une équipe dédiée et engagée où la sécurité du résident est omniprésente.

L'enjeu 3 de la planification stratégique 2024-2028 propose notamment comme orientation stratégique la prestation sécuritaire des soins et des services, un environnement sécuritaire et de qualité ainsi que la réponse aux normes de PCI. Un plan opérationnel 2023-2024 complète la planification stratégique avec des plans d'actions, indicateurs, résultats attendus, responsables et échéanciers.

Un plan de sécurité 2023-2024 est en place ainsi qu'un programme de gestion des risques. Le plan comprend des facteurs de risque cliniques, techniques et organisationnels. Pour chaque facteur de risques, on retrouve des objectifs/moyens, des indicateurs, des responsables et échéanciers. On y traite notamment de très nombreux risques : identité, chutes, plaies de pression, risque suicidaire, SCPD, maltraitance, contentions, fugues, abréviations dangereuses, BCM, infections nosocomiales, produits dangereux et plusieurs autres.

L'organisme favorise une approche proactive et prédictive en vue de cerner les risques pour la sécurité des résidents. Un programme de gestion intégrée des risques découlant du cadre de gestion intégrée de la qualité est en place. Il comprend cinq objectifs, soit : prévenir l'apparition de situations à risque, gérer les risques organisationnels, évaluer les activités à risques élevés, gérer les accidents et incidents liés aux résidents et finalement gérer les avis, alertes et rappels. Des politiques et procédures sont en appui à l'application du programme.

Un comité de gestion des risques est en place depuis 2003. Il est composé de membres pluridisciplinaires et transversaux de l'organisme (cadres, soins infirmiers, professionnels, maintenance, salubrité...). Il vise notamment à identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers, la mise en place d'un système de surveillance, de faire rapport trimestriellement au comité de vigilance et de la qualité. Le comité fait aussi le suivi des risques en matière de PCI, de gestion des médicaments et d'utilisation sécuritaire des mesures de contrôle.

Les indicateurs choisis sont diffusés trimestriellement via les rapports de gestion des risques et les rapports d'indicateurs de gestion (nombre d'accidents/incidents, taux de mesures de contrôle, nombre de chutes, erreurs de médicaments, nombre de plaies de pression acquises au CHSLD, nombre de rencontres interdisciplinaires...). Des audits sont prévus au plan de sécurité selon un calendrier préétabli.

Les accidents et incidents font l'objet d'une déclaration et la divulgation est faite lorsque requise et documentée au dossier. Une politique est en vigueur dans l'établissement et connue des employés. Des mécanismes sont en place pour assurer l'analyse des accidents et incidents en continu et apporter des améliorations, notamment par l'intermédiaire du comité de gestion des risques.

Une politique pour contrer la maltraitance envers les résidents est en place. La politique comprend notamment les modalités de signalement, un outil de vérification des faits et des modalités d'intervention.

Il a été observé lors de l'activité repas des résidents que les préposés aux bénéficiaires procèdent à la distribution des cabarets aux résidents tous en même temps. Pour les résidents qui demandent une aide complète pour l'alimentation, le PAB enlève le couvercle du plat principal servant à garder le plat chaud en disant au résident «je vais revenir vous faire manger plus tard». Le visiteur a observé que le plat principal du résident a été laissé plusieurs minutes ainsi avant qu'un PAB se présente pour alimenter le résident. Cette façon de faire occasionne une perte de chaleur non justifiée du plat principal du résident. Il a aussi été observé que les PAB ne nomment pas toujours les plats qui sont présentés aux usagers (Vous avez aujourd'hui une soupe aux légumes, du poulet, etc.).

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.2.13	L'équipe élabore et documente un plan d'intervention individualisé pour chaque résident, en fonction de leurs besoins et de leurs objectifs.	Priorité normale
6.3.13	L'équipe offre une expérience de repas agréable aux résidents.	Priorité normale

Aperçu de l'amélioration continue de la qualité

L'amélioration de la qualité est depuis fort longtemps une priorité organisationnelle. Le programme d'amélioration de la qualité est complet et rigoureux. Un plan d'amélioration de la qualité permet de s'assurer de la réalisation des actions. Ce plan est assorti de responsabilités, d'échéanciers et d'indicateurs de gestion. Les indicateurs sont soumis trimestriellement aux instances afin d'être étudiés. Les événements qualité incluent les plaintes, les incidents-accidents, ainsi que des situations de non-conformités. Les exigences d'Agrément Canada pour ces pratiques organisationnelles requises sont respectées.

Un plan de sécurité est en place ainsi qu'un programme de gestion des risques. On y traite notamment de très nombreux risques : identité, chutes, plaies de pression, risques suicidaires, SCPD, maltraitance, contentions, fugues, abréviations dangereuses, BCM, infections nosocomiales, produits dangereux et plusieurs autres. Un comité de gestion des risques est en place depuis 2003. Le comité fait rapport trimestriellement au comité de vigilance et de la qualité. Le comité fait aussi le suivi des risques en matière de PCI, de gestion des médicaments et d'utilisation sécuritaire des mesures de contrôle. Les accidents et incidents font l'objet d'une déclaration et d'analyses. La divulgation est faite par les personnes concernées par la situation lorsque requis et elle est documentée au dossier du résident. Du support psychologique ou autre est offert et donné au besoin. Pour les événements qualité qui requièrent une divulgation auprès de la clientèle, l'organisme est encouragé à poursuivre la communication, incluant la rétroaction des patients et des familles aux membres de l'équipe au sujet de l'expérience vécue.

Pour le volet informatique, l'établissement dispose d'une politique de sécurité des actifs informationnels et de protection des renseignements personnels qui est appliquée avec un grand souci pour la sécurité.

Au cours des dernières années, plusieurs actions ont été développées dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité. L'organisme est encouragé à poursuivre dans cette poussée d'innovation touchant la globalité des secteurs.