



AGRÉMENT CANADA



Force motrice de la qualité des services de santé

Rapport d'agrément

Groupe Santé Arbec

Rawdon, QC

Dates de la visite d'agrément : 8 au 12 juin 2015

Date de production du rapport : 26 juin 2015



**ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA**

Driving Quality Health Services

Force motrice de la qualité des services de santé

Agréé par l'ISQua

Au sujet du rapport

Groupe Santé Arbec (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en juin 2015. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Un mot de la présidente-directrice générale d'Agrément Canada

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

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

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre spécialiste en agrément.

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	3
1.4 Analyse selon les normes	4
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	11
3.0 Résultats détaillés de la visite	12
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	13
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	13
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	15
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	16
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	18
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	20
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	22
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	23
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	25
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	26
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	27
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	28
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections</i>	28
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments</i>	31
3.2.3 <i>Ensemble de normes : Services de soins de longue durée</i>	33
4.0 Résultats des outils d'évaluation	37
4.1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	37
4.2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	39
4.3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	41
Annexe A Programme Qmentum	42
Annexe B Processus prioritaires	43

Section 1 Sommaire

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

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

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

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

1.1 Décision relative au type d'agrément

Groupe Santé Arbec a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

L'organisme réussit à se conformer aux exigences de base du programme d'agrément.

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 8 au 12 juin 2015**

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les établissements et services de l'organisme sont considérés comme agréés.

- 1 Centre d'hébergement de soins longue durée Émile Mc Duff
- 2 Centre d'hébergement de soins longue durée Heather
- 3 Centre d'hébergement et de soins longue durée des Moulins

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

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

Normes sur l'excellence des services

- 4 Services de soins de longue durée

- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires
- 2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
- 3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	12	3	1	16
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	8	0	0	8
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	123	6	4	133
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	35	4	0	39
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	40	1	4	45
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	7	0	0	7
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	142	18	5	165
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	7	1	0	8
Total	374	33	14	421

1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership	34 (91,9%)	3 (8,1%)	1	54 (93,1%)	4 (6,9%)	1	88 (92,6%)	7 (7,4%)	2
Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	26 (96,3%)	1 (3,7%)	0	43 (93,5%)	3 (6,5%)	0	69 (94,5%)	4 (5,5%)	0
Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments	39 (97,5%)	1 (2,5%)	5	37 (90,2%)	4 (9,8%)	6	76 (93,8%)	5 (6,2%)	11
Services de soins de longue durée	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	85 (90,4%)	9 (9,6%)	0	123 (91,8%)	11 (8,2%)	0
Total	137 (95,1%)	7 (4,9%)	6	219 (91,6%)	20 (8,4%)	7	356 (93,0%)	27 (7,0%)	13

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Sécurité liée à l'héparine (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Non Conforme	4 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1

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

1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

La visite d'Agrément Canada effectuée au Groupe Santé Arbec a impliqué trois installations qui sont les suivantes : le CHSLD Heather, à Rawdon de 115 lits, le CHSLD Émile Mc Duff, à Repentigny de 102 lits et le CHSLD Des Moulins à Terrebonne qui a 102 lits. La dernière visite d'agrément date de 2011 et portait seulement sur le CHSLD Heather (le Manoir Heather Lodge a été fermé avec l'ouverture des deux nouveaux CHSLD). Il s'agit d'un organisme qui a une partie privée ainsi qu'une partie privée-conventionnée. Les deux dernières installations ont ouvert leurs portes en mai 2014. Leur dernière visite d'agrément a eu lieu en 2011 et il y a eu un report de visite pour permettre l'ouverture des deux nouveaux CHSLD, en 2014. Une visite ministérielle d'appréciation du milieu de vie a eu lieu en mars 2015.

La présence d'une équipe engagée et un milieu de vie bien établi représentent des forces appréciables. L'organisme a répondu positivement aux suggestions de la visite d'agrément précédente tout en réalisant avec un tour de force l'ouverture de deux CHSLD et ce, avec du personnel nouvellement embauché et la préparation à la visite d'agrément 2015. Il est difficile de comparer les résultats des deux visites car le contexte est différent. Cependant, la dynamique est nouvelle et il y a un encadrement précis qui vise l'amélioration de la qualité.

Pour le volet gouvernance, le Groupe Santé Arbec, avec ses trois installations, qui ont fait l'objet de la présente visite est un organisme ayant du privé non-conventionné et du privé conventionné. Compte tenu de cela, la composition de la gouvernance est différente de celle des établissements publics. Celle-ci est assurée par un propriétaire qui a la fonction de directeur général (pour le CHSLD Heather) et des actionnaires pour les deux autres. Le directeur général fait des comptes rendus, aux mois, aux actionnaires.

La direction pourra saisir l'opportunité d'élaborer sa nouvelle planification stratégique, débutant en 2015, pour promouvoir la vision de l'organisme à court, moyen et long terme. Cet exercice est essentiel et propice pour tisser des liens entre l'organisme, ses partenaires et la communauté.

Il faut porter une attention particulière à la tenue des rencontres actuelles avec les cadres, compte tenu du changement de culture vers l'amélioration de la qualité et du rendement. Les rencontres du comité des cadres devront être étoffées par des tableaux de bord permettant le suivi des trois volets suivants: qualité, sécurité et rendement et ce, pour assurer une gestion intégrée.

Pour le volet des communications avec les résidents et les familles, plusieurs outils sont en utilisation. Il y a une grande disponibilité de la direction ainsi que des professionnels avec la philosophie de gestion «porte ouverte». Un journal est publié plusieurs fois par année. Dernièrement, deux initiatives ont été apportées sur le plan informationnel donc l'une, le site web, est une source précieuse d'informations. De plus, un site intranet sera un ajout précieux à titre de canal d'information auprès des employés.

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

L'organisme connaît bien les besoins de la communauté. À travers les années, les dirigeants ont développé des partenariats d'affaires qui répondent aux besoins des établissements de santé du territoire. L'équipe collabore constamment avec d'autres services et programmes pour identifier les besoins permettant ainsi la mise en place et la coordination du continuum de soins.

Pour les partenariats, la réorganisation du réseau de la santé et de services sociaux a permis aux trois installations d'appartenir maintenant au même Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière. Les rencontrés apprécient les liens existants avec les établissements. L'organisme est perçu comme étant une organisation ouverte, accessible qui entretient des liens positifs.

En matière de gestion des ressources humaines, une politique sur le développement des ressources humaines (PDRH) est en phase de finalisation. L'évaluation du rendement du personnel doit être renforcée avec l'effort d'une périodicité déterminée aux deux ans. Une pochette d'information, à l'intention des employés et des résidents, est remise systématiquement et il y a, à l'intérieur, des consignes sur la sécurité des résidents et employés. L'organisme est encouragé à revoir le contenu de cette pochette, en temps opportun.

Pour ce qui est du volet de dotation en personnel et la qualité de vie au travail, en général ce point ne comporte pas le même degré de préoccupation qu'il y a un an, pendant la période de recrutement massif, pour combler les effectifs des deux nouveaux CHSLD.

Il y a une bonne solidarité entre les employés. La direction des services financiers travaille en étroite collaboration avec la direction des ressources humaines pour améliorer ce qui a trait aux mutuelles, soient pour les accidents de travail et les absences maladies. Il y a une bonne représentation des différents titres d'emploi au sein du comité de gestion de la qualité et celui de la gestion des risques.

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

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

De plus, en lien avec la clientèle existante et étant donné que l'organisme offre un accompagnement de fin de vie, l'implantation du programme structuré d'accompagnement de fin de vie est en voie d'être finalisée. Le médecin est très disponible pour les familles et pour les intervenants. Sous peu, une nouvelle équipe médicale va se joindre pour offrir ses services à l'organisme.

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

Un sondage de satisfaction de la clientèle est effectué par l'organisme. Les résultats démontrent un haut taux de satisfaction. La perception, voulant que la clientèle se sente respectée et bien accompagnée par du personnel compétent, dévoué et respectueux contribue à développer une ambiance chaleureuse et une qualité de soins et services. Pour maintenir ce taux de satisfaction, l'organisme devra continuer à déployer des moyens qui assureront la rétention et la stabilité du personnel, qui s'avèrent essentiels à la continuité des services et au maintien de l'expertise. Il y a un consensus que depuis l'ouverture des deux nouveaux CHSLD (Des Moulins et Mc Duff) il y a eu une nette amélioration sur plusieurs questions soulevées par les résidents et leurs familles.

La programmation des activités de loisirs est fournie par l'entremise d'une publication mensuelle. Les activités sont multiples et variées, toutefois, il serait opportun d'ajouter des activités la fin de semaine. Le processus d'accueil du nouveau résident répond aux besoins du résident et de sa famille. Les résidents sont rapidement mis en confiance. Une pochette d'accueil est remise au résident lors de son arrivée à l'établissement. Cette pochette contient de l'information pertinente qui facilitera son intégration dans son nouveau milieu.

Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
Sécurité des patients : formation et perfectionnement L'organisme offre, au moins une fois l'an, de la formation ou du perfectionnement au personnel d'encadrement de l'organisme, au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles au sujet de la sécurité des usagers ou résidents, y compris du perfectionnement sur des secteurs ciblés en matière de sécurité des usagers ou résidents.	<ul style="list-style-type: none"> · Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership 10.8
Prévention de la violence en milieu de travail L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail.	<ul style="list-style-type: none"> · Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership 2.8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
Taux d'infection L'organisme fait le suivi des taux d'infections nosocomiales, analyse l'information recueillie pour détecter les éclosions et les tendances, et partage cette information dans l'ensemble de l'organisme.	<ul style="list-style-type: none"> · Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections 11.2
Processus de retraitement L'organisme examine et, le cas échéant, améliore ses processus de retraitement de l'équipement.	<ul style="list-style-type: none"> · Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections 10.13
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies liées à l'hygiène des mains.	<ul style="list-style-type: none"> · Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections 8.4
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes	
Stratégie de prévention des chutes L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les résidents.	<ul style="list-style-type: none"> · Services de soins de longue durée 19.2

Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership	
4.8 Le personnel d'encadrement de l'organisme communique la mission et la vision au personnel, aux prestataires de services, aux bénévoles, aux usagers ou résidents et à leur famille, ainsi qu'aux partenaires.	
6.2 Au moment d'élaborer le plan opérationnel, le personnel d'encadrement de l'organisme obtient les commentaires du personnel, des prestataires de services, des bénévoles et d'autres partenaires, et communique le plan à l'échelle de l'organisme.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

La visite d'agrément Canada effectué auprès du Groupe Santé Arbec a impliqué trois installations qui sont les suivantes : le CHSLD Heather, à Rawdon de 115 lits; le CHSLD Émilie MC Duff, à Repentigny de 102 lits; et le CHSLD Des Moulins à Terrebonne aussi de 102 lits. La dernière visite d'agrément date de 2011 et portait seulement sur le CHSLD Heather et Le Manoir, ce dernier a fermé ses porte en mai 2014. Pour la visite actuelle, il s'agit d'un organisme qui a une partie privé mais aussi du privé-conventionné. Les deux dernières installations (Mc Duff et des Moulins) ont ouvert leurs portes en mai 2014.

L'organisme s' est doté de plusieurs politiques et procédures qui ont révisées récemment (2014-2015), tant par la direction générale (philosophie d'intervention, planification stratégique, éthique, gestion des risques, traitement des plaintes, comité des usagers, entretien préventif, saine alimentation et autres), que dans chacune des directions. Il existe un plan stratégique 2011-2015, axé sur la sécurité et la qualité. Les orientations organisationnelles sont fondées sur la mission, les valeurs organisationnelles et la philosophie. La philosophie d'intervention est notamment axée sur le respect, le maintien de l'autonomie et la famille. Étant donné les changements qui surviennent au niveau du réseau de la santé, la grandeur de l'organisation et l'emplacement géographique, l'organisme doit entreprendre une nouvelle démarche pour actualiser son plan stratégique. Il sera important de trouver les moyens ou les activités pour opérationnaliser les différentes orientations stratégiques pour atteindre les résultats escomptés. À défaut d'y retrouver ces moyens, l'organisme devrait pouvoir se référer aux plans opérationnels.

Il n'y a pas de processus officiel pour la conception des programmes et des services fondé sur des données probantes. Un tel programme pourrait permettre de préciser les attentes de l'organisation en matière de soins de longue durée dans le cadre d'un milieu de vie pour les différentes clientèles hébergées et standardiser les soins requis, uniformiser la pratique, guider le soutien clinique et évaluer la qualité. Notamment, pour décrire les types de services requis par le profil des différentes clientèles admises (déficits physiques, déficits cognitifs, troubles de comportement, clientèle hébergée de moins de 65 ans et autre type de clientèle).

L'organisme possède un Plan d'organisation avec un organigramme, la structure hiérarchique et l'organisation des services. L'organisme a pour mission d'offrir aux personnes âgées de la communauté des services et des soins de haute qualité. Le rapport annuel rend compte des activités effectuées incluant les améliorations apportées pendant l'année. Il y a une conviction d'offrir un milieu de vie et de travail empreint d'humanité avec le résident qui est au centre de ses préoccupations. Chacun, à sa manière et selon ses compétences, participe à créer un milieu de vie qui soit chaleureux et sécurisant pour le résident.

L'équipe de direction a accès aux données démographiques qui étaient transmises par l'Agence de santé et de services sociaux du Nord et du Sud de Lanaudière. Avec la réorganisation des services de Santé et services sociaux les trois installations sont sous le même Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière. Étant donné qu'il s'agit d'un établissement mixte (privé-conventionné, et privé non conventionné) il n'y a pas de conseil d'administration en tant que tel, mais plutôt un propriétaire (pour Heather) et des actionnaires pour les deux autres. Des entretiens avec les partenaires confirment l'existence de relations harmonieuses et constructives.

La culture organisationnelle pour l'évaluation de la performance est à son début. Il est suggéré de développer un «Tableau de bord» avec les principaux indicateurs pour permettre un suivi rigoureux du plan opérationnel. Il s'agit de trouver des indicateurs, mais d'en sélectionner entre 15 et 20 pour permettre d'évaluer l'évolution de l'atteinte des objectifs. Le tableau de bord devrait intégrer les données pour la gestion des risques, mais aussi l'amélioration de la qualité avec des cibles à atteindre comme objectif. L'organisme est encouragé à continuer l'actualisation du travail d'équipe et de maintenir l'approche milieu de vie qui est bien présent dans le quotidien, mais qui risque de devenir un défi avec l'alourdissement de la clientèle. De plus, une analyse comparative des résultats obtenus pourrait permettre de mieux cibler et prioriser les interventions à faire.

Le Groupe de Santé Arbec est soucieux de satisfaire sa clientèle. L'organisme sonde la satisfaction de sa clientèle et à la lumière des résultats, met en place des plans d'amélioration de la qualité. Certains services sont en impartition. La direction concernée assure un suivi de ces ententes pour assurer la qualité des services.

3.1.2 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership	
8.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme émet des recommandations au conseil d'administration sur la façon dont les ressources sont allouées.	

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

La planification budgétaire est faite sur une base historique pour le CHSLD Heather qui est en partie un privé-conventionné. Pour la nouvelle planification budgétaire des deux CHSLD (privé non-conventionné) qui ont ouvert leurs portes en mai et juin 2014 le budget est surtout sur une base globale (entente) avec des réserves pour les imprévus qui peuvent y avoir quand on ouvre un nouveau centre.

Le processus de planification financière est en train d'être bonifié pour permettre une meilleure appréciation des besoins. Des nouvelles politiques assurent une rigueur en termes de contrôle financier. Des nouveaux outils d'analyse des coûts contribuent à l'optimisation de l'utilisation des ressources. Les gestionnaires ne sont pas consultés formellement en dehors des demandes en équipements médicaux et non médicaux. Lors des analyses budgétaires périodiques, le directeur des affaires financières rencontre les directeurs pour l'analyse des écarts qui fait ensuite les liens avec les gestionnaires. Les écarts sont analysés par la direction concernée.

Le propriétaire unique pour un et les actionnaires pour les deux autres CHSLD sont mis au courant mensuellement de la situation financière.

L'organisme est encouragé à continuer l'effort d'harmonisation dans la planification financière et dans l'allocation du budget de fonctionnement pour les trois CHSLD.

3.1.3 Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership	
2.8 L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail. 2.8.2 La politique est élaborée en collaboration avec le personnel, les prestataires de services et les bénévoles (s'il y a lieu).	 PRINCIPAL
10.8 L'organisme offre, au moins une fois l'an, de la formation ou du perfectionnement au personnel d'encadrement de l'organisme, au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles au sujet de la sécurité des usagers ou résidents, y compris du perfectionnement sur des secteurs ciblés en matière de sécurité des usagers ou résidents. 10.8.1 On offre chaque année de la formation sur la sécurité des usagers ou résidents adaptée aux besoins du personnel et aux secteurs ciblés par l'organisme en matière de sécurité des usagers ou résidents.	 PRINCIPAL
10.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme suit une politique et une procédure pour évaluer régulièrement le rendement du personnel.	

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

Les communications sont ouvertes. Il y a très peu de griefs. L'organisme fait la promotion d'une gestion qui favorise les contacts fréquents entre les gestionnaires et les équipes. Il existe un programme d'accueil et d'intégration.

Les dossiers des employés consultés contenaient des attestations d'appartenance à l'ordre professionnel et le permis de pratique le cas échéant. Il y a beaucoup plus de formation qui est donnée, mais qui ne se trouve pas dans le dossier de l'employé. Le registre de formation consulté pour l'année en cours a démontré un grand éventail des thèmes de formation.

La confidentialité est respectée et le personnel signe un engagement dans ce sens. La vérification de l'existence d'un casier judiciaire pour les nouveaux employés est effectuée systématiquement ainsi que l'engagement au respect de la politique pour prévenir la violence et le harcèlement au travail. La politique sur l'appréciation au rendement a fait l'objet d'une révision, mais il importe de réviser les outils d'évaluation, d'établir la fréquence d'évaluation, de définir les responsabilités et d'en assurer l'application.

De plus, l'organisme est encouragé à mieux évaluer les compétences cliniques de ses infirmières (par exemple, l'évaluation pulmonaire, l'évaluation cognitive, la gestion des comportements perturbateurs, la dysphagie et autres) pour identifier les besoins de formation individuels et orienter son soutien clinique compte tenu des orientations ministérielles et le profil des patients qui occuperont des places dans ces CHSLD (profil ISO-SMAF supérieur à 10).

Le défi de la consolidation de la main-d'œuvre semble sur la bonne voie. Les efforts de recrutement pour combler les besoins de l'ouverture des deux nouveaux CHSLD ont porté fruit. Les rencontres avec les familles, le résident et les employés ont permis de dégager la perception de l'amélioration du climat de travail des équipes dédiées à la qualité des soins aux résidents. La stabilité des ressources passe par un soutien structuré, et ce, à tous les niveaux de l'organisation. De plus, des entrevues de départ aident la direction des ressources humaines à cibler les raisons de départ et la possibilité d'apporter des ajustements pour accroître le taux de rétention.

L'organisme est en élaboration d'un plan de développement des ressources humaines (PDRH). Les évaluations du personnel sont un mécanisme adéquat pour faire un recueil et connaître les besoins de formation. L'organisme a un programme d'aide aux employés.

Des locaux sont aménagés pour permettre au personnel de se reposer. Il y a plusieurs espaces de rencontres.

En résumé, on observe qu'une pochette est remise au nouvel employé et elle contient des informations complètes. Les descriptions des fonctions et des tâches journalières sont bien documentées. Elles font état de la sécurité des résidents. Il y a un énoncé sur la santé et sécurité au travail. L'organisme est encouragé à continuer sa collaboration avec les différentes maisons d'enseignement pour accroître sa possibilité de recrutement.

3.1.4 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership	
15.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme utilise les indicateurs de rendement dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité.	!
15.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme communique les résultats des activités d'amélioration de la qualité à grande échelle, au besoin.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Depuis le dernier agrément, plusieurs actions ont été prises pour mieux encadrer l'approche d'amélioration continue et la gestion des risques. L'organisme y cible plusieurs possibilités d'amélioration dont l'amélioration du milieu de vie, la prévention des chutes et des plaies de pression, la réduction du nombre de contentions. Les possibilités d'amélioration qui y sont décrites sont aussi associées aux résultats des sondages Pulse et sur la Culture de sécurité.

Il existe un plan de gestion intégrée de la qualité découlant de la planification stratégique organisationnelle. Le plan devra être revu avec la nouvelle planification stratégique qui va débuter à l'automne 2015.

L'organisme dispose de plusieurs autres plans d'action pour actualiser une culture de qualité, notamment un plan en lien avec les pratiques organisationnelles requises (POR) et un plan de sécurité des résidents. Le modèle choisi est celui d'avoir un comité qui s'occupe de chaque thématique. On y retrouve notamment des actions à prendre avec un échéancier et la personne responsable.

Des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers sont produits et un suivi est fait au comité de direction ainsi que déposé auprès du comité d'actionnaires. La sécurité est indiquée par l'établissement comme étant un but stratégique.

Il faut aussi mentionner qu'à quelques reprises des actions sont prises, bien avant la rencontre du comité de gestion des risques, et l'organisme est proactif dans la recherche de solutions pour éviter que les événements indésirables se reproduisent. Il y a un pamphlet qui est remis aux employés, résidents et bénévoles et qui porte sur la culture de sécurité en place.

Tout le volet de développement d'une culture organisationnelle qui mise sur l'évaluation de la performance de l'organisation est à son début. Même les rapports qui sont présentés au comité de gestion des risques sont plutôt quantitatifs que qualitatifs, de sorte que le rapport doit être utile à l'élaboration d'un plan d'action visant une problématique et qui contient des indicateurs pour le suivi de l'atteinte de ces objectifs. L'organisme a commencé avec l'affichage de quelques indicateurs de gestion des risques (exemple : erreurs de médicaments, chutes) mais il est encouragé à travailler sur un tableau qui va incorporer aussi d'autres indicateurs de gestion des risques et aussi la cible à atteindre en se basant sur des chiffres communément acceptés dans la littérature. En ayant une cible, la comparaison avec des établissements similaires est possible et l'organisme pourra s'éloigner de l'autoréférence.

Pour ce qui est de l'analyse prospective, il est important que ce travail soit fait préférentiellement annuellement. Le choix de la thématique va dépendre des priorités. Les méthodes qui sont à disposition pour en faire une : l'un de ces outils, la FMEA, est une approche méthodique et proactive axée sur l'équipe, qui permet de cerner les situations qui pourraient entraîner la défaillance d'un processus ou d'un plan, les raisons expliquant la défaillance possible, les effets de celle-ci et les manières de rendre la démarche plus sûre. Parmi les autres méthodes d'analyse proactive des processus clés, mentionnons l'analyse par arbre des causes, l'analyse des risques fonctionnels, les simulations et le modèle Erreurs d'omissions de Reason.

Il est important que le comité de gestion des risques continue à se rencontrer avec une cadence trimestrielle. Il faudra aussi s'assurer de la diffusion, à tout le personnel, des résultats de la gestion des risques et l'amélioration continue de la qualité. Cette démarche intégrée est un suivi logique de la démarche intégrée de la sécurité et de la gestion des risques, proposé dans les orientations stratégiques.

Enfin, il serait intéressant d'élaborer un tableau unifié de suivi sur les recommandations du comité de gestion des risques et les résultats obtenus. Il est suggéré de mettre à jour les politiques et procédures de gestion tous les trois ans ou avant, selon le besoin, et d'indiquer soit la date de mise en vigueur, mais aussi la date de révision. Plusieurs politiques ont été adoptées à quelques mois de l'agrément ce qui rend la diffusion et la formation plus difficile.

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

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

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

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

L'organisme possède un cadre conceptuel en éthique. Un nouveau Code d'éthique vient d'être publié en mai 2015. Le Code d'éthique fait partie des documents qui sont donnés aux nouveaux employés et aux résidents. Il n'y a pas de comité d'éthique qui s'est rencontré depuis les deux dernières années. Il est cependant vrai que l'organisme, si confronté à un problème en éthique important, va faire des démarches pour trouver des solutions. Il est suggéré à l'organisme de donner une formation de base en éthique (sous format capsule d'information) aux employés.

Il a été constaté que le programme de soins palliatifs est en phase de réalisation, l'organisme est encouragé à suivre et à compléter la démarche avec la formation nécessaire. Cependant, des soins de fin de vie sont offerts en collaboration avec le pharmacien, le médecin et l'équipe en place. L'approbation du programme doit être suivie d'un plan de communication et de diffusion.

Les commentaires des résidents et des familles de même que les constatations des visiteurs permettent d'affirmer que la confidentialité est respectée. Les dossiers des résidents actifs sont classés à l'intérieur du bureau des intervenants et les dossiers inactifs sont remisés dans un local barré. Les employés signent une déclaration d'allégeance concernant la confidentialité. Ce formulaire se retrouve au dossier de l'employé. Il y a une vérification des antécédents judiciaires avant l'embauche.

L'organisme s'assure que des discussions interdisciplinaires ont lieu pour chaque résident. Ces discussions mettent en contribution chacun des professionnels de l'équipe. Le niveau d'intervention est discuté et décidé avec le résident et sa famille, s'il y a lieu.

Pour le volet de sécurité informationnelle, les données de la clientèle sont conservées auprès du CHSLD Des Moulins (pour Des Moulins et Mc Duff). Les mises à jour et les entretiens préventifs sont assurés par les firmes externes.

L'organisme a une politique sur le harcèlement et la discrimination. Il y a une bonne collaboration entre le syndicat, les administrateurs et le commissaire local, pour ce qui est du CHSLD Heather. Les employés ne sont pas syndiqués aux CHSLD Des Moulins et Mc Duff.

L'organisme a accès à un Commissaire local aux plaintes et ce dernier produit des rapports annuels et intervient quand c'est nécessaire. Le commissaire local indique une très bonne collaboration et suivi de ses recommandations. Pour le comité des résidents, rencontrés dans les trois installations, il est suggéré de faire des séances thématiques avec les résidents et les familles des résidents pour les sensibiliser et promouvoir une réflexion sur des thèmes particuliers, par exemple, la confidentialité, l'acharnement thérapeutique, la fin des traitements, l'abus, la négligence et l'homologation du mandat d'inaptitude pour en nommer quelques-uns. Les comités des résidents sont encouragés à être visibles et à promouvoir la participation des familles. Dans les trois installations, les comités de résidents sont engagés vers l'amélioration des services et contribuent positivement aux réalisations de l'organisation.

Le niveau d'intervention est discuté et décidé avec le résident et sa famille s'il y a lieu. Un défibrillateur est en place et la formation RCR (réanimation cardiorespiratoire) est donnée.

En ce qui concerne les communications avec les résidents et les familles, plusieurs outils sont en utilisation. Des rencontres de familles ont lieu en suivi à la rencontre interdisciplinaire. Des outils d'enseignement à la clientèle sont aussi disponibles, par exemple, un feuillet sur la prévention des infections, leur rôle dans la sécurité des résidents. Le site web est aussi une source précieuse d'informations.

3.1.6 Processus prioritaire : Communication

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

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

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

Une nouvelle politique globale des communications a été adoptée en 2015 pour les trois centres d'hébergement (Heather, MC Duff et des Moulins). La nouvelle politique vise à rassurer, mais aussi à responsabiliser les partenaires. Elle indique les canaux de communication selon le partenaire visé. Le plan de communications énumère le rôle et les responsabilités de chacun dans le processus. Le plan est composé d'objectifs spécifiques pour les différents publics cibles (usagers, familles, personnel, communauté, instances publiques et autres).

Le plan de communication devrait appuyer la mise en œuvre du plan stratégique. La suggestion est faite de rattacher un indicateur mesurable pour permettre l'évaluation en temps et lieu de l'outil utilisé pour rejoindre un public cible et atteindre son but. Cela permettrait des ajustements de stratégie sur une base objective.

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

Pour appuyer la diffusion de l'information et assurer l'accès à l'information pour le volet interne, l'organisation est encouragée à établir des rencontres régulières avec les employés pour permettre un échange, surtout à la suite des changements importants survenus après que l'organisme soit passé à trois installations, et ce, dans différents secteurs ruraux.

Pour le volet informatique, le développement entrepris pour harmoniser et améliorer la cohérence de l'information diffusée aux employés et la communauté est encouragé. De plus, avec la réalité géographique des installations du Groupe de Santé Arbec, la possibilité d'utiliser le potentiel qu'offrent les technologies audiovisuelles est à considérer en matière d'efficience et d'efficacité.

3.1.7 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

L'environnement est accueillant, spacieux et reposant. Les unités et les espaces dédiés aux intervenants sont tout aussi spacieux et favorisent une belle qualité de vie tant pour le résident que pour le personnel.

Les chambres des résidents sont le reflet d'un milieu de vie agréable et personnalisé selon le besoin de ces derniers. Les bains sont majoritairement privés et certains partagés entre deux chambres. La très grande majorité des chambres est privée. Pour le CHSLD Heather, il y a une seule chambre à trois lits. Chaque chambre a une belle fenestration et l'ouverture de la fenêtre est limitée selon les normes. Pour ce dernier établissement, on invite l'organisme à revoir la signalisation concernant l'entrepôt de l'oxygène, car il n'y a pas d'indication à l'extérieur de l'entrepôt qu'il y aura ce type de gaz. La précision doit-être aussi apportée au plan de mesure d'urgence pour permettre aux services de prévention d'incendie de localiser rapidement l'endroit et ainsi faire les interventions nécessaires.

Les systèmes d'appoint font l'objet d'un programme d'entretien préventif et une génératrice peut suppléer aux manques occasionnels causés par des accidents de la nature.

Tous les ascenseurs et sorties sont munis d'un système d'ouverture de porte codifiée et de système d'alarme pour la protection des résidents. Les panneaux d'évacuation sont affichés à chaque porte de sortie et à l'ascenseur. Les panneaux d'incendie sont munis d'extincteurs et tous les bâtiments visités possèdent des gicleurs. Il y a des caméras de surveillance sur les différents étages et dans les aires communes (pour MC Duff et des Moulins).

Les corridors sont larges et bien dégagés. Tous les locaux autres que les chambres des résidents sont verrouillés. Les dossiers sont maintenus dans un endroit sécurisé.

Le volet de souci environnemental est promu par l'administration comme étant un engagement de tous les employés. Sur le plan du développement durable, les deux CHSLD MC Duff et Des Moulins ont été construites avec une attention particulière à être écoresponsable. Notamment, par la récupération de l'eau chaude, le système de récupération de l'eau pluviale, le chauffage au gaz naturel, l'éclairage DEL et les bacs de récupérations. Cette approche constitue une valeur ajoutée pour les deux CHSLD et sert à multiplier les efforts de réduction de déchets et de consommation énergétique. Pour le CHSLD Heather, un programme de récupération différencié des déchets existe.

L'organisme a un plan de pandémie qui respecte les lignes directrices provinciales. Des mécanismes existent pour déceler les épidémies.

Il y a un endroit qui doit être revu pour la non-conformité, c'est-à-dire les sorties de secours au CHSLD Heather. Parmi les sorties observées, c'est surtout la sortie de secours côté nord qui est problématique, car elle a des escaliers qui mènent sur du gazon où il y a un dénivellement de terrain important. Des modifications d'aménagement doivent être apportées pour rendre cette sortie plus sécuritaire. L'autre préoccupation est la salle qui contient les serveurs et le système de câblage informatique au CHSLD Heather

et au CHSLD des Moulins, les salles sont clairement trop chaudes pour de l'équipement informatique et auraient besoin de correctifs pour éviter une situation de perte de données informatiques. L'enregistrement des données informatiques se fait aux semaines.

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

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

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

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

Le plan de mesures d'urgence est disponible. Le plan prévoit aussi les ententes avec les partenaires pour cibler des lieux de regroupement et de transfert. La liste des résidents hébergés avec les informations nécessaires, ainsi que le niveau de mobilité et autres particularités, est mise à jour au besoin. Le personnel concerné a reçu une formation appropriée sur leurs rôles et responsabilités.

Des systèmes d'appoint (génératrices), des processus de communication sont prévus pour les cas d'urgence. Le nécessaire pour les pannes d'électricité est disponible dans chacun des services. L'entretien des systèmes de détection, d'avertissement et d'extinction des incendies pour réduire les risques d'incendie fait l'objet d'entretien préventif documenté, tel que requis. Des mises à l'essai sont prévues régulièrement. Les résultats sont notés, diffusés au personnel et servent à améliorer les exercices subséquents. Des politiques et procédures, en collaboration avec la direction de la santé publique, sont prévues afin de déceler et gérer les épidémies et les pandémies.

Les inspections, les mises à l'essai ainsi que l'entretien de tout équipement de sécurité sont faits par des firmes externes. Pendant le prochain exercice d'évacuation, l'organisme est encouragé à élaborer un plan de formation sur la prévention des incendies et l'offrir aux employés, résidents et familles.

Le plan est connu des employés. De la formation sur les mesures d'urgence a été dispensée aux employés. Pendant les exercices, il y a la participation du service de prévention des incendies. Les recommandations sont appliquées par l'établissement en suivi du rapport émis. L'organisme possède un défibrillateur situé à l'entrée principale et des kits d'urgence sont installés dans les installations du groupe.

Les fiches SIMDUT (système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail) sont disponibles sur les unités et dans les locaux où la préparation des produits est effectuée. L'organisme est encouragé à réviser, tous les deux ans, ou selon le besoin les fiches SIMDUT. L'organisme est aussi encouragé à s'assurer que des cahiers des fiches SIMDUT soient présents dans tous les endroits où il y aura des produits chimiques. Le calibrage des doseurs chimique est effectué par une firme externe, chaque mois, pour l'entretien ménager et aux deux semaines pour la buanderie.

3.1.9 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Les trois établissements travaillent en collaboration avec le service régional des admissions.

Afin de favoriser l'accès aux services d'hébergement, les demandes d'admission sont traitées rapidement.

En fonction des besoins identifiés, les intervenants planifient les ressources ou les services nécessaires afin d'admettre rapidement et de façon sécuritaire chaque nouveau résident.

3.1.10 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	
<p>10.13 L'organisme examine et, le cas échéant, améliore ses processus de retraitement de l'équipement.</p> <p>10.13.2 Des mesures ont été prises pour examiner et améliorer les processus de retraitement, dans les cas où cela était indiqué.</p>	 PRINCIPAL
Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership	
<p>9.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme veille au respect des plans d'entretien, de modernisation et de remplacement de l'équipement, des instruments et des appareils médicaux.</p>	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'organisme dispose d'un programme d'entretien préventif. Les activités de ce programme sont bien documentées et un suivi étroit est effectué par les gestionnaires concernés.

L'organisme a mis en place une politique et procédure détaillée concernant l'achat et la sélection des équipements et appareils médicaux.

Les membres du personnel, qui sont attitrés au retraitement des appareils et instruments médicaux, sont formés sur les méthodes à utiliser pour les appareils et instruments médicaux réutilisables qui sont sous leur responsabilité.

Il est recommandé à l'organisme d'instaurer des activités de contrôle de qualité (audits) afin d'évaluer le processus de nettoyage et de désinfection des instruments et appareils médicaux est requis.

Il est également recommandé à l'organisme de se doter d'un plan de modernisation et de remplacement des équipements, instruments et des appareils médicaux.

3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

- Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

- Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

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

Aide à la décision

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

Impact sur les résultats

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	
<p>8.4 L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies liées à l'hygiène des mains.</p> <p>8.4.1 L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains à l'aide de l'observation directe (c.-à-d. la vérification). Les organismes qui fournissent des services au domicile des usagers peuvent utiliser une combinaison d'autres méthodes (au moins deux).</p>	<p style="text-align: center;"> PRINCIPAL</p>

8.4.2	L'organisme communique les résultats de l'évaluation de la conformité aux mesures d'hygiène des mains au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles.	PRINCIPAL
8.4.3	L'organisme utilise les résultats de l'évaluation de la conformité aux mesures d'hygiène des mains pour apporter des améliorations à ses pratiques liées à l'hygiène des mains.	PRINCIPAL
9.1	L'organisme classe les zones de son environnement physique par catégorie en fonction du risque d'infection afin de déterminer la fréquence du nettoyage et le degré de désinfection requis.	!
11.2	L'organisme fait le suivi des taux d'infections nosocomiales, analyse l'information recueillie pour détecter les éclosions et les tendances, et partage cette information dans l'ensemble de l'organisme.	
11.2.3	L'organisme communique l'information sur les infections nosocomiales pertinentes et les recommandations découlant de l'analyse des éclosions au personnel, aux prestataires de services, à la haute direction et au Conseils d'administration.	PRINCIPAL
13.1	L'organisme évalue régulièrement ses activités de prévention et de contrôle des infections.	
13.2	L'organisme surveille les mesures de rendement relatives à la prévention et au contrôle des infections.	
13.5	L'organisme communique les résultats de ces évaluations au personnel, aux prestataires de services, aux bénévoles, aux usagers et aux résidents ainsi qu'aux membres de la famille.	

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

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

Un comité de prévention des infections a été mis en place. Ce comité est composé de représentants des trois établissements. Les membres sont dynamiques et actifs dans les différents milieux.

Les infirmières cliniciennes sont les ressources désignées pour collecter et analyser l'ensemble des statistiques en prévention des infections du ou des sites qui sont sous leur responsabilité. Les résultats sont présentés à la direction ainsi qu'aux membres du comité de prévention des infections, il n'y a pas de diffusion à large échelle dans l'organisme. Il est recommandé aux trois établissements de mettre en place des stratégies pour diffuser les taux d'infection à l'ensemble du personnel.

Des partenariats ont été établis dans le réseau de la santé ainsi qu'avec la conseillère en prévention régionale afin de coordonner et supporter les activités de préventions des infections.

Un programme de prévention des infections a été rédigé et diffusé dans les trois établissements. Plusieurs activités de formation ont été réalisées dans les différents services.

Les politiques et procédures ont été mises à jour et sont facilement accessibles dans les services concernés.

Le dossier des zones grises est en cours et devra être complété.

En cas d'écllosion, des affiches sur les mesures de protection sont disponibles dans les unités de soins. Une pochette à cet effet est également disponible au poste infirmier. Des chariots, avec du matériel dédié, sont disponibles en tout temps pour mettre en place rapidement des mesures de contrôle et prévention.

Des activités d'évaluation sur la qualité des techniques de lavage des mains ont été réalisées avec beaucoup d'enthousiasme et de créativité. En plus de ce type d'activité, il est recommandé aux établissements de mettre en place des mesures d'observation directe dans les services concernés.

Finalement, afin d'orienter les activités du comité de prévention des infections, il est recommandé à l'organisme de déterminer des indicateurs et de mettre en place des activités régulières d'évaluation de la qualité.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments	
5.3 L'organisme évalue l'efficacité de ses activités de formation relatives à la gestion des médicaments et apporte les améliorations qui s'imposent.	
8.4 L'organisme surveille la conformité aux politiques et aux procédures liées aux ordonnances de médicaments et apporte des améliorations au besoin.	
23.2 L'organisme effectue régulièrement des vérifications spécifiques de son mécanisme de gestion des médicaments.	
23.4 L'organisme utilise l'information recueillie concernant son mécanisme de gestion des médicaments pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et il apporte des améliorations en temps opportun.	
23.5 L'organisme communique les résultats des évaluations au personnel et aux prestataires de services.	

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

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

Le service de pharmacie est assuré par une ressource externe dans les trois établissements.

Un comité de gestion des médicaments a été mis en place. Des représentants des trois établissements siègent au comité. Parmi les sujets traités, le comité assure le suivi des erreurs médicamenteuses.

Toutes les politiques et procédures ont été mises à jour.

La distribution des médicaments est faite par les infirmières et les infirmières auxiliaires. Deux identifiants sont utilisés avant d'administrer un médicament. Également, une double vérification est faite avant d'administrer un médicament à risque élevé ou à niveau d'alerte élevé.

En plus de la formation offerte par les établissements, le service de pharmacie donne également de la formation continue au personnel infirmier sur la gestion des médicaments.

L'accès aux médicaments ainsi que les aires d'entreposage sont limités au personnel autorisé.

Les directives concernant les médicaments sont consignées en temps opportun. Les établissements disposent d'une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés.

L'information donnée au résident en regard de sa médication est consignée au dossier médical.

Le personnel déclare les incidents / accidents reliés à la médication et il procède à la divulgation lorsque requis. Les dossiers sont bien documentés.

Les prestataires de services sont satisfaits du service pharmaceutique.

Il y a peu d'activités d'évaluation de la qualité en lien avec la médication. Il est donc recommandé aux établissements de mettre en place des activités d'évaluation de la qualité en matière de gestion des médicaments.

3.2.3 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.2 L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de soins de longue durée.	
Processus prioritaire : Compétences	
4.7 L'organisme offre de la formation à l'équipe sur la prévention de la violence en milieu de travail.	
4.8 L'organisme offre de la formation à l'équipe sur le signalement des incidents violents en milieu de travail.	
4.14 Les besoins de formation et de perfectionnement de chaque membre de l'équipe sont évalués et satisfaits.	
4.15 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
14.3 Dans le cadre de l'orientation et sur une base continue, l'équipe reçoit du perfectionnement et de la formation sur la prestation de soins palliatifs et de soins de fin de vie de qualité.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
18.4 L'organisme transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
19.2 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les résidents. 19.2.5 L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	 SECONDAIRE
20.3 L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
20.4 L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	

20.8 L'équipe analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.



20.10 L'équipe communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux résidents, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'organisme recueille de l'information sur les résidents et la communauté à partir de diverses sources d'informations : partenariats dans le réseau de la santé, instances régionales, tables de concertation, organismes reconnus et autres sources.

Les établissements travaillent en collaboration avec les instances régionales afin de coordonner leurs activités avec les besoins de la clientèle.

Selon les documents consultés, des plans d'action ont été élaborés pour certains éléments. Toutefois, il a été observé que les objectifs ne sont pas toujours mesurables et précis.

L'organisme a revu sa structure d'encadrement pour soutenir les équipes dans la prestation de soins et services. De plus, des infirmières sont présentes 24h/24 dans les établissements.

L'organisme offre aux résidents un milieu de vie chaleureux dans un environnement physique sécuritaire. Le personnel est attentif, courtois et respectueux envers la clientèle.

Les espaces sont dégagés et les équipements rangés. De plus, lors des admissions, la technicienne en réadaptation physique s'assure que l'aménagement des chambres des résidents est fonctionnel et sécuritaire tant pour le résident que le personnel (au CHSLD Heather).

Finalement, l'organisme accueille des stagiaires de différentes disciplines.

Processus prioritaire : Compétences

L'organisme dispose d'une équipe interdisciplinaire pour assurer la prestation de services. Des réunions interdisciplinaires ont lieu toutes les semaines pour l'élaboration ou la mise à jour du plan d'interventions interdisciplinaires du résident et aussi, au besoin, lorsque nécessaire.

L'organisme s'assure que les membres de l'équipe possèdent les titres professionnels et les compétences requises pour exercer leur fonction au sein de l'établissement.

Les nouveaux employés reçoivent une orientation sur leurs rôles et leurs responsabilités dans l'établissement.

Les établissements élaborent un programme annuel de formation en fonction des besoins identifiés et des demandes du personnel. Par ailleurs, il appert lors des discussions que les besoins individuels de chaque membre de l'équipe ne sont pas tous évalués.

En ce qui concerne le signalement des incidents violents en milieu de travail ainsi que la nouvelle politique sur la prévention de la violence en milieu de travail, des séances de sensibilisation ont été données au personnel. Par ailleurs, il n'y a pas eu de formation en regard de ces sujets.

Finalement, le rendement du personnel est fait de façon irrégulière. Il est recommandé que l'organisme de mette en place des mesures pour que ce processus devienne continu.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les tâches du personnel et l'organisation du travail sont revues en fonction des besoins de la clientèle.

Au moment de l'admission, l'équipe accueille chaleureusement le nouveau résident et sa famille. De plus, le résident et sa famille sont informés des différents services l'établissement et de l'information est remise sur différents sujets.

Dès l'admission, les membres de l'équipe interdisciplinaire procèdent à l'évaluation du nouveau résident.

En partenariat avec les membres de l'équipe interdisciplinaires, le résident et sa famille participent à l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire (PII). La révision du PII se fait selon un horaire établi ainsi qu'au besoin.

Le bilan comparatif des médicaments est complété à l'admission et acheminé rapidement à la pharmacie. La distribution de la médication se fait dans le respect des politiques, protocoles et normes professionnelles en vigueur.

Dans la dernière année, plusieurs programmes cliniques ont été développés : soins des plaies, contentions, prévention des chutes et interventions en fin de vie. Ces programmes viennent tout juste d'être déployés dans les établissements et ne sont pas tous ou complètement intégrés dans les pratiques. La formation du personnel est en cours.

L'organisme est encouragé à poursuivre le développement de programmes cliniques, par exemple, un programme de gestion de la douleur, un programme pour la clientèle dysphagique et autre programme, pour répondre de façon optimale et spécifique aux besoins de la clientèle.

Finalement, il est recommandé à l'organisme de mettre en place un processus d'évaluation des programmes pour maximiser les résultats.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le dossier médical du résident est structuré et l'information est facile à repérer.

Le personnel respecte les lois sur la protection de la vie privée, l'accès à l'information et la confidentialité des renseignements.

En cas de transfert, le personnel dispose d'un formulaire pour transmettre les informations cliniques pertinentes sur le résident aux autres prestataires de services.

Des ordinateurs, avec accès à l'internet, sont disponibles sur les unités de soins et pour le personnel. L'organisme partage des liens et de l'information clinique via les postes de travail informatiques. Chaque intervenant ciblé possède son code d'accès.

Les infirmières cliniciennes et les membres des comités de qualité recueillent, via diverses ressources, de l'information sur les données probantes, et ce, en lien avec différents volets. Des représentants de la direction ainsi que les cliniciens siègent sur différents comités externes et tables de concertation concernant la qualité des soins et services en soins de longue durée.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme a revu sa structure d'encadrement et ses équipes de travail afin de répondre aux besoins de la clientèle.

L'organisme dispose d'un programme de gestion des risques qui a été diffusé dans les établissements. Des formations ont été données au personnel sur différents aspects de la gestion des risques : chutes, erreurs de médication, déclaration des incidents/accidents, fugues et autres sujets. Le comité de gestion des risques assure le suivi des différentes activités.

De l'information sur la sécurité est remise aux résidents et aux familles.

Dans les trois établissements, plusieurs collectes de données se font à l'intérieur de différents programmes et processus de gestion. Il est recommandé à l'organisme de se doter d'indicateurs et de procéder à des analyses comparatives afin de déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.

Finalement, il est recommandé à l'organisme de diffuser, dans les trois établissements, les résultats des activités d'amélioration de la qualité afin que l'ensemble du personnel, des résidents et des familles puissent en être informés.

Section 4 Résultats des outils d'évaluation

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

4.1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires

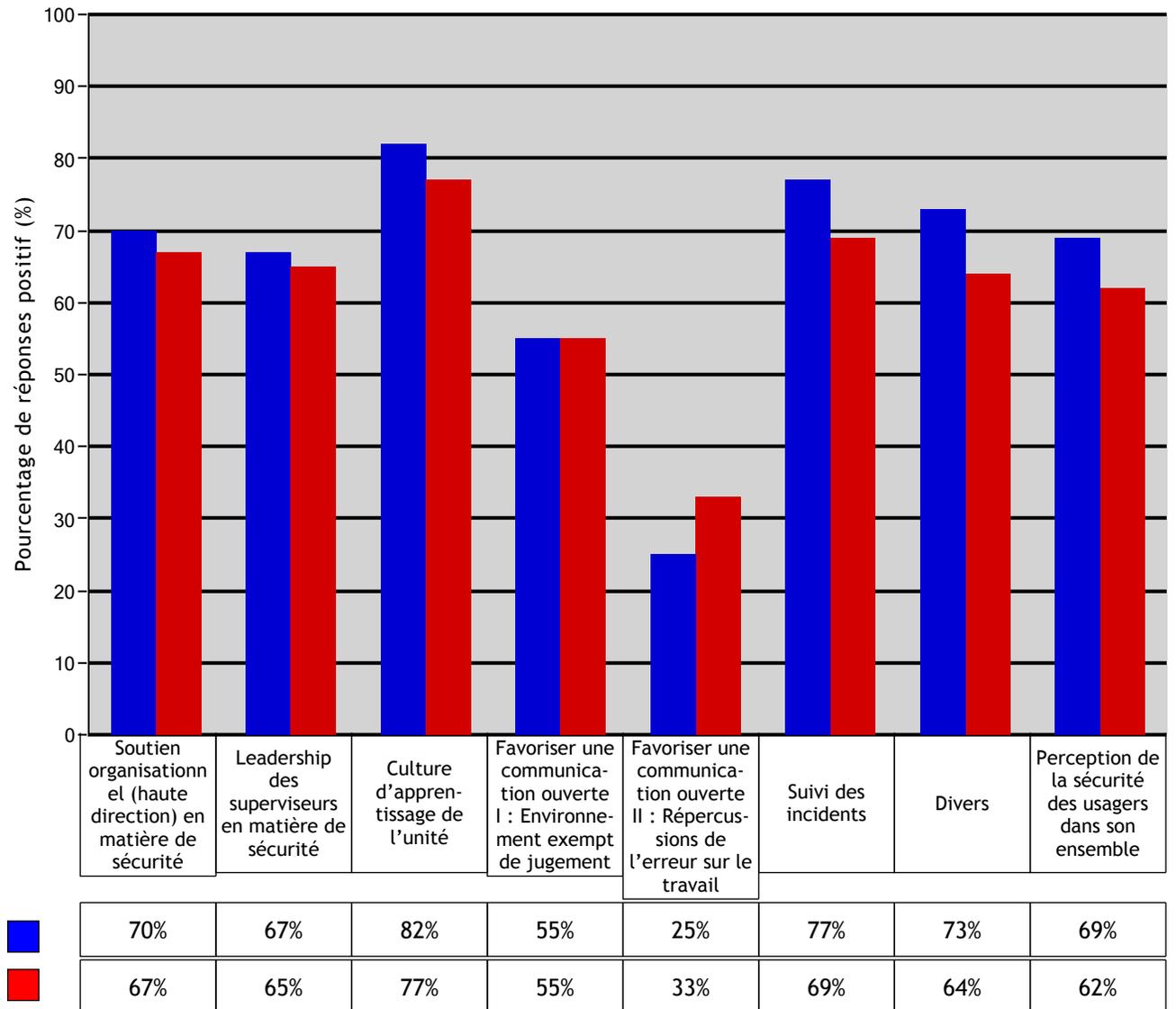
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- Période de collecte de données : 28 septembre 2014 au 23 novembre 2014
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 182
- Nombre de réponses : 208

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



Légende

- Groupe Santé Arbec
- * Moyenne canadienne

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

4.2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

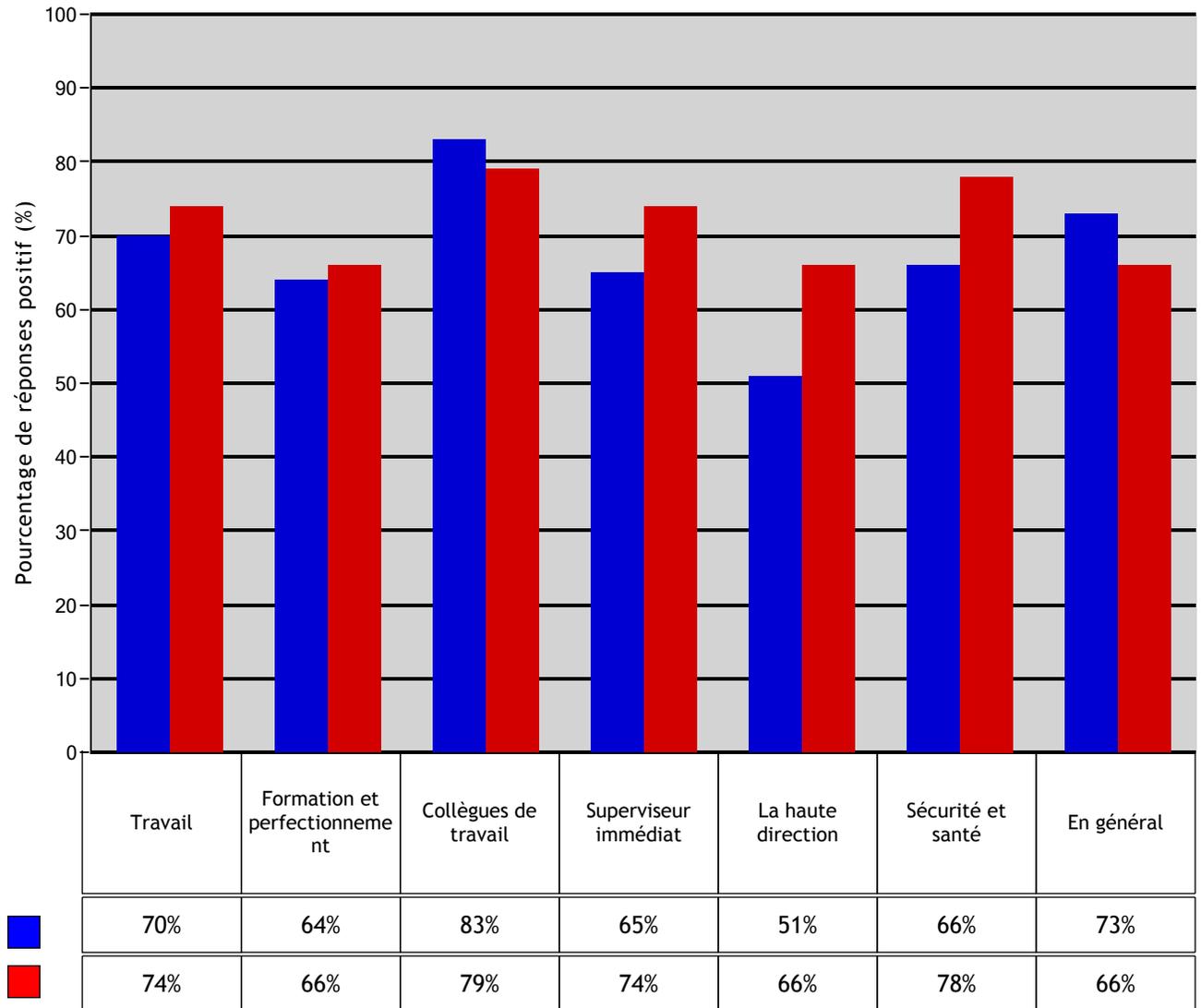
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend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

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

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

- Période de collecte de données : 5 janvier 2015 au 28 février 2015
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 190
- Nombre de réponses : 270

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



Légende

- Groupe Santé Arbec
- * Moyenne canadienne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexe A Programme Qmentum

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

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

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

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

Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées. L'organisme transmet à Agrément Canada les preuves des mesures prises pour les éléments qui exigent un suivi.

Évaluation des preuves et amélioration continue

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

Annexe B Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
Capital humain	Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.
Cheminement des clients	Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des clients et des familles entre les services et les milieux de soins.
Communication	Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les partenaires de l'externe.
Environnement physique	Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.
Équipement et appareils médicaux	Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation appropriées des ressources.
Gestion intégrée de la qualité	Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.
Gouvernance	Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.
Planification et conception des services	Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.
Préparation en vue de situations d'urgence	Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.
Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

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

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

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

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

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

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