ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Résidence Berthiaume-Du Tremblay

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 27 au 30 janvier 2020

Date de production du rapport : 26 février 2020

Au sujet du rapport

Résidence Berthiaume-Du Tremblay (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 janvier 2020. 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.

© Agrément Canada 2020

Un mot d'Agrément Canada

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

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

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre gestionnaire de programme.

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,

Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire 1

Décision relative au type d'agrément 1

Au sujet de la visite d'agrément 2

Analyse selon les dimensions de la qualité 3

Analyse selon les normes 4

Aperçu par pratiques organisationnelles requises 5

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs 8

Résultats détaillés de la visite 9

Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires 10

Processus prioritaire : Gouvernance 10

Processus prioritaire : Planification et conception des services 12

Processus prioritaire : Gestion des ressources 14

Processus prioritaire : Capital humain 15

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité 16

Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes 18

Processus prioritaire : Communication 19

Processus prioritaire : Environnement physique 21

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence 22

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes 23

Processus prioritaire : Cheminement des clients 24

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux 25

Résultats pour les normes sur l'excellence des services 27

Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service 27

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

Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service 31

Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service 36

Résultats des outils d'évaluation 41

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires 41

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail 43

Annexe A - Programme Qmentum 45

Annexe B - Processus prioritaires 46

Sommaire

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

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

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

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

Décision relative au type d'agrément

Résidence Berthiaume-Du Tremblay a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé avec mention d'honneur

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 27 au 30 janvier 2020**

- **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 de jour
  2. Résidence Berthiaume-Du Tremblay

- **Normes**

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

  Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

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

  Normes sur l'excellence des services

  5. Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
  6. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services

- **Outils**

  L'organisme a utilisé les outils suivants :

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

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.)	23	0	1	24
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	18	0	0	18
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	162	1	20	183
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	57	0	3	60
Services centrés sur l'usager (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	111	0	0	111
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	16	0	0	16
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	264	2	8	274
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	22	0	1	23
Total	**673**	**3**	**33**	**709**

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
Gouvernance	50 (100,0%)	0 (0,0%)	0	36 (100,0%)	0 (0,0%)	0	86 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Leadership - Petits organismes de santé extra-hospitaliers	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	70 (100,0%)	0 (0,0%)	0	110 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Prévention et contrôle des infections - Organismes extra-hospitaliers	27 (100,0%)	0 (0,0%)	7	46 (100,0%)	0 (0,0%)	1	73 (100,0%)	0 (0,0%)	8
Gestion des médicaments - Organismes extra-hospitaliers	56 (100,0%)	0 (0,0%)	10	53 (100,0%)	0 (0,0%)	4	109 (100,0%)	0 (0,0%)	14
Soins ambulatoires	45 (100,0%)	0 (0,0%)	2	77 (100,0%)	0 (0,0%)	1	122 (100,0%)	0 (0,0%)	3
Soins de longue durée	54 (98,2%)	1 (1,8%)	1	97 (98,0%)	2 (2,0%)	0	151 (98,1%)	3 (1,9%)	1
Total	**272 (99,6%)**	1 (0,4%)	20	379 (99,5%)	2 (0,5%)	6	651 (99,5%)	3 (0,5%)	26

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgation des événements (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Identification des usagers (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

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

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

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Bien ancré au centre de la communauté du quartier des générations, l'établissement est axé sur le milieu de vie des personnes âgées et leur environnement. Sa fonction première est d'offrir un milieu de vie stimulant, adapté et harmonisé aux besoins de chacun, tant à l'hébergement qu'au Centre de jour. La réalisation de sa mission repose sur la présence d'un personnel compétent et engagé.

Tout d'abord, l'engagement du personnel est remarquable. Les équipes des soins et des services sont dévouées, disponibles, respectueuses et axées sur le mieux-être et le bien-être des résidents et usagers. L'équipe de gestion est également dévouée, engagée et axée sur l'amélioration constate de la qualité des soins et des services et du bien-être du résident et de l'usager. L'équipe de direction est dynamique, ouverte. Il en va de même pour les administrateurs rencontrés. Le conseil d'administration démontre qu'il assume ses responsabilités en ce qui a trait à la qualité des soins dispensés par l'établissement. Le comité des usagers est actif, bien implanté dans ce milieu.

Également, il est à souligner le caractère profondément humain des valeurs et de la vision de l'établissement. Celles-ci retrouvent beaucoup leur sens auprès des équipes cliniques qui sont confrontées quotidiennement à prodiguer des soins et des services auprès d'une clientèle vieillissante, dont certains présentent des défis de collaboration aux soins.

Le climat de travail est positif. Les communications sont positives entre la direction générale, les employés, les bénévoles et les médecins. Tous sont animés d'un désir vif de maintenir la réputation d'excellence que la communauté et les partenaires reconnaissaient à la Résidence Berthiaume-Du Tremblay.

En terminant, le taux de satisfaction de la clientèle est remarquable. Ces résultats permettent de construire sur des bases solides de coopération.

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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

!	Critère à priorité élevée
POR	Pratique organisationnelle requise
PRINCIPAL	Test principal de conformité aux POR
SECONDAIRE	Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

Processus prioritaire : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

La Fondation Berthiaume-Du Tremblay, propriétaire du bâtiment et des terrains, finance annuellement des projets visant l'amélioration des lieux et la qualité de vie des résidents. Le conseil d'administration de la Fondation réalise de façon appropriée le rôle de veiller aux intérêts de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay exerçant tous les pouvoirs, sous réserve des dispositions prévues dans la loi. L'ensemble des administrateurs sont expérimentés, ils sont tous engagés et vigilants. Notamment, ils voient à ce que des services de qualité et sécuritaires soient dispensés par l'établissement en continuité et en complémentarité avec ceux des autres établissements et ressources de la région. Le conseil d'administration sait établir et maintenir des communications efficaces avec ses différents partenaires. Les administrateurs s'assurent du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes en se dotant d'un code d'éthique et en nommant une commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Le conseil d'administration met en place les différents comités nécessaires à ses fonctions. Il s'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines. Il s'assure du bon fonctionnement des instances relevant de ses fonctions, notamment le comité de vigilance et de la qualité et le comité d'audits. La planification stratégique et les priorités organisationnelles sont élaborées en collaboration entre le conseil d'administration, la directrice générale et le personnel d'encadrement. Les administrateurs suivent des indicateurs de qualité et de performance. Il entend la voix des résidents et des proches. Particulièrement, il a adopté une politique portant sur le partenariat de soins et de services avec les usagers et leurs proches.

Il y a lieu de souligner la maturité de ce conseil d'administration et l'engagement des administrateurs. La relation de confiance qui règne entre eux et la direction en témoigne. La documentation du conseil

d’administration et de l’ensemble de l’établissement est de qualité et démontre une grande rigueur. Les administrateurs font usage des données probantes pour leur prise de décision. Le conseil d'administration démontre qu'il assume ses responsabilités en ce qui a trait à la qualité des soins dispensés par l'établissement. Les membres suivent un processus qui leur permet d'évaluer régulièrement le rendement du conseil d’administration et son efficacité.

Le conseil d’administration est invité à maintenir les standards établis de gouvernance en s’assurant que l’établissement rend les soins et services, accessibles, efficaces, efficients et de qualité.

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.

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

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

L'établissement est situé à Montréal dans le quartier Ahuntsic. La Fondation Berthiaume-Du Tremblay, propriétaire du bâtiment et des terrains, finance annuellement des projets visant l'amélioration des lieux et la qualité de vie des résidents. L'établissement accueille 198 résidents en hébergement permanent et opère un Centre de jour situé à l'intérieur de ses locaux qui accueille plus de 200 aînés par semaine. Bien ancré au centre de la communauté du Quartier des générations, l'établissement est axé sur le milieu de vie des personnes âgées et leur environnement. Sa fonction première est d'offrir un milieu de vie stimulant, adapté et harmonisé aux besoins de chacun, tant à l'hébergement qu'au Centre de jour. La réalisation de sa mission repose sur la présence d'un personnel compétent et engagé.

La planification stratégique et les priorités organisationnelles sont élaborées en collaboration entre le conseil d'administration, la directrice générale et le personnel d'encadrement. Différents exercices de consultation et d'animation avec le personnel, la clientèle et les partenaires se sont tenus. Elle comporte un axe sur la qualité et la sécurité des soins et services. Il y a une politique sur la planification, l'organisation et le contrôle des services de l'établissement. Les gestionnaires et le personnel prônent une approche globale et une vision humaniste des aînés, de leur travail et de leur environnement. Le bien-être de la personne admise en hébergement ou inscrite au Centre de jour est donc la préoccupation prévalant sur toutes les autres.

Il est à souligner le caractère profondément humain des valeurs et de la vision de l'établissement. Celles-ci retrouvent beaucoup leur sens auprès des équipes cliniques qui sont confrontées quotidiennement à prodiguer des soins et des services auprès d'une clientèle vieillissante, dont certains présentent des défis de collaboration aux soins. Les valeurs phares sont déterminées et incluses dans le code d'éthique de l'établissement. Plusieurs politiques de l'établissement reposent sur le respect des valeurs phares. Les valeurs de respect, bienveillance, développement et travail d'équipe guident les interventions et la dispensation des soins et des services. La philosophie d'intervention repose sur quelques principes de base, soit une approche biopsychosociale et interdisciplinaire centrée sur le résident et l'usager, le vieillissement n'est pas une maladie, mais une étape de la vie, l'implication de la personne et de ses proches et une approche basée sur le respect de la personne.

L'approche partenaire fait partie de la vision et des valeurs de l'établissement. Une politique sur le partenariat de soins et de services a été élaborée. Cet établissement a établi des principes et une vision du travail en partenariat. Il démontre l'importance de travailler de concert avec les résidents et leurs proches. Des résidents et des proches siègent sur plusieurs comités de l'établissement tels que: le comité de planification des mesures d'urgence, le comité ethnoculturel, le comité nutrition, le comité de gestion

des risques, le comité décoration, le comité d'accompagnement en fin de vie et Agrément. Plusieurs politiques et processus organisationnels encouragent le partenariat avec les usagers et les proches notamment l'admission, les rencontres interdisciplinaires, l'accompagnement en fin de vie et l'inscription au Centre de jour. L'établissement sait se démarquer comme récipiendaire de prix prestigieux, notamment, par le Prix méritas Clémence-Boucher, remis par l'association des établissements privés conventionnés pour le projet Rêve d'un jour par son côté innovateur, engagé et faisant preuve de bonté envers ses résidents.

La direction suit un grand nombre d'indicateurs de qualité et de performance. Les plans opérationnels sont élaborés et suivis rigoureusement l'apport des résidents et de leurs proches est recherché et obtenu à bien des égards. La direction rencontre les employés. L'approche humaine des soins, l'engagement du personnel, le don de soi sont quelques éléments recueillis qui démontrent la mobilisation de tous vers les soins et services à offrir aux personnes âgées.

L'établissement est invité à poursuivre sa mission avec autant de rigueur, toujours aussi attentif aux besoins de sa clientèle et de son personnel, avec le souci d'offrir des soins et des services à échelle humaine, inclusifs et respectueux du vécu de chacun.

Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
L'établissement suit un processus de planification budgétaire rigoureux. Les budgets annuels sont préparés conformément aux politiques et procédures en vigueur. Le conseil d'administration approuve les budgets. Les budgets sont surveillés et des rapports réguliers sur le rendement financier de l'établissement sont produits. Divers projets d'investissements démontrent bien l'intérêt porté à la clientèle pour toujours mieux répondre à leurs besoins. Nous invitons les dirigeants à poursuivre avec la même rigueur et à relever les différents défis qui se présentent à eux afin de répondre de façon appropriée aux besoins de la population.

Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

L'établissement a mis en place des stratégies de recrutement. Le défi d'attraction, d'embauche et de rétention demeure présent comme ailleurs au Québec. Le personnel est attentif, dévoué et à l'écoute des besoins des résidents. Les rapports hiérarchiques sont clairs. Le profil des postes est élaboré pour chaque titre d'emploi et mis à jour. Les responsabilités en matière de sécurité y sont clairement définies. Des médecins complètent l'équipe de soins. L'établissement effectue les entrevues de départ afin d'améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs. Un programme d'accueil et d'orientation est en place pour les nouveaux employés. Différentes politiques sont élaborées pour assurer une gestion rigoureuse des ressources humaines.

L'établissement met l'accent sur la formation de son personnel et sur le travail d'équipe. Un plan de développement des ressources humaines est en place et mis à jour annuellement. Les investissements annuels de formation dépassent le seuil minimal de la Loi sur le développement. Les gestionnaires sont présents sur les unités de soins et disponibles auprès du personnel. Le sujet de la maltraitance envers les personnes aînées est abordé. L'appréciation du rendement est réalisée de façon régulière dans son ensemble. Ce processus récemment renouvelé a été réalisé en mode consultatif, en collaboration avec les résidents, les employés et les gestionnaires. La direction est invitée à s'assurer que tous les secteurs réalisent cette appréciation de leur personnel.

Des activités d'amélioration de la qualité de vie au travail et de la santé et la sécurité en milieu de travail sont en place. Des activités de reconnaissances sont présentes. Différentes stratégies sont en place pour créer un milieu de travail sain. Un comité bien-être au travail est en place. Récemment, une salle d'entrainement est mise à la disposition du personnel. Diverses formes de reconnaissances sont réalisées. Un prix reconnaissance Angélina est dédié au travail de collaboration et d'équipe avec les usagers est remis annuellement. Les usagers et les proches soumettent des candidatures d'employés et participent à l'évaluation des candidatures. L'état de fatigue et de stress du personnel est surveillé. La prévention de la violence en milieu de travail est une priorité. La tenue de dossier des ressources humaines est appropriée. Les bénévoles et stagiaires sont présents.

L'établissement est invité à poursuivre avec autant de rigueur ses efforts de recrutement et de rétention de sa main d'œuvre afin de se positionner favorablement dans le contexte actuel de la pénurie de certaines catégories d'emploi au Québec. Le départ à la retraite des gestionnaires a été observé et apporte un défi. La direction est invitée à s'assurer qu'ils soient bien soutenus dans la réalisation de leur rôle. L'établissement est invité à recourir judicieusement à la main d'œuvre indépendante et à introduire des usagers pour la réalisation des entrevues de sélection du personnel et des gestionnaires.

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.

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

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

L'amélioration de la qualité est une priorité stratégique établie. Des ressources sont allouées pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité. L'établissement s'est doté d'un programme-cadre d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est basé sur la qualité et la structure de la démarche qualité et les responsabilités des principaux acteurs. L'usager est au centre de ce modèle. L'approche usager partenaire est l'un des fondements de la vision de l'établissement. Il a été possible de constater à quel point ce modèle est fondé sur la mission, la vision et les valeurs de l'organisation, centré sur la personne. Le point de vue des usagers et des familles est sollicité sous différentes formes. Des mesures sont prises en fonction de l'évaluation de l'expérience des usagers. La direction générale se rend directement sur le terrain afin d'entendre les usagers et les équipes afin d'obtenir une meilleure compréhension des enjeux et saisir les occasions de s'améliorer.

L'approche de partenariat de soins et de services est présente. Une politique sur le partenariat de soins et des services avec les usagers et leurs proches est en vigueur. Des initiatives incluant l'usager sont constatées et elles méritent d'être soulignées. Le comité des usagers est présent, bien actif dans son rôle et mis à contribution à bien des projets et des consultations pour la prise de décision.

Des projets d'amélioration de la qualité sont mis en place. Des indicateurs sont utilisés pour cerner des possibilités d'amélioration. Des résultats d'activités d'amélioration sont communiqués aux usagers, aux familles et au personnel. Les meilleures pratiques cliniques sont utilisées pour améliorer les soins. Les administrateurs mentionnent s'appuyer sur les meilleures pratiques de gouvernance pour la réalisation de leur rôle. La gestion des incidents liés à la sécurité des usagers est appliquée. La divulgation de ces incidents est réalisée auprès des familles ou des usagers. Des rapports sont soumis au conseil d'administration. Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en œuvre. L'établissement met également en œuvre une méthode intégrée de gestion des risques qui permet de réduire et de gérer les risques. Une stratégie pour prévenir le mauvais traitement des usagers est élaborée et mise en œuvre. Des processus clairs et documentés sur la façon de soumettre une plainte au sujet des soins reçus, à recevoir ou qui devraient être reçus ou de signaler une violation des droits des usagers sont communiqués aux usagers et à la famille. Une politique du bilan comparatif des médicaments est en vigueur.

Un niveau de maturité en amélioration continue de la qualité est constaté. La façon dont l'usager est pris en considération mérite d'être soulignée. L'établissement est invité à maintenir ses standards de gestion de la qualité établie, poursuivre son développement et maintenir les efforts afin de rendre les soins et services accessibles, efficaces, efficients et de qualité. L'implantation d'un système de gestion visuelle des

indicateurs de qualité et de performance déjà suivi mérite une réflexion pour la direction comme source de mobilisation du personnel, de moyens de communication dynamique et de démarche d'amélioration continue de la qualité. Le programme-cadre d'amélioration continue de la qualité pourrait aussi y inclure la notion de performance organisationnelle dans ses concepts.

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'établissement a adopté un cadre conceptuel en éthique clinique. Ce cadre favorise une pratique respectueuse des règles d'éthique. Un code de conduite concernant toutes les personnes qui travaillent pour l'organisme est élaboré et mis en œuvre. Une politique d'accès au comité d'éthique clinique est élaborée. Un dépliant d'information sur le comité et le cadre conceptuel en matière d'éthique à l'attention du personnel et des usagers et de leurs proches sont utilisés. Certaines politiques et certains processus de soins incluent des éléments de réflexion éthique pour outiller le personnel à la prise de décisions éthiques. Les décisions éthiques plus complexes sont dirigées au comité d'éthique clinique. Le comité de vigilance et de la qualité reçoit un rapport annuel sur les activités du comité d'éthique clinique. Nous encourageons le personnel à poursuivre leurs discussions. La direction le personnel et les administrateurs sont invités à en faire un usager judicieux dans leur prise de décision.

Processus prioritaire : Communication

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

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

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

La communication interne occupe une place importante au sein de l'établissement. À ce sujet, une structure des communications est établie : communication organisationnelle, communication hiérarchique, des communications ciblées et des activités spécifiques sont offertes. La création et la production de contenus contribuent à donner du sens et une âme à l'organisation, elle favorise le sentiment d'appartenance. À cet effet, des vidéos corporatifs sont réalisés en impliquant des résidents et des employés. Ceci a le mérite d'être souligné. Différentes expériences impliquant des résidents et bénévoles sont vécues, notamment le tournage d'une publicité pour le Réseau de l'action bénévole du Québec avec la participation de 3 bénévoles de l'établissement et la présence de l'émission En direct de l'univers, le temps d'un instant ou des résidents ont pu raconter comment la chanson est importante pour eux à l'animatrice France Beaudoin. La tenue d'activités de promotion et de diffusion sous forme de kiosque est très populaire au sein de ce milieu.

Différents moyens de communication sont utilisés pour communiquer avec les employés. Toutefois, il a été observé l'absence de stations visuelles dédiées aux employés pour permettre une communication dynamique et en temps opportun des suivis de la qualité et de la performance. L'établissement est invité à poursuivre ses efforts, même innover, pour assurer une communication interne dynamique et mobilisant tous ses employés.

Pour sa part, la communication externe est bien établie. Elle vise à faciliter l'accès aux services et à l'information, à maintenir la notoriété de l'établissement, à se positionner dans la sphère publique, à influencer l'opinion publique, à informer la population et à attirer les futurs employés. L'établissement est aussi clair dans ses communications en mesure d'urgence. Il dispose des plans de communication et politiques nécessaires pour actualiser son rôle de communication. Ceci mérite d'être souligné.

Des investissements récents pour l'amélioration de la téléphonie IP et la mise en place d'un réseau internet sans fil témoignent du souci d'amélioration des communications technologiques. La sécurité des renseignements administratifs et cliniques est au cœur des préoccupations. De nombreux efforts sont déployés pour y parvenir, notamment la veille de protection des renseignements personnels des usagers en continu et une structure de contrôle par des pratiques d'audits et tenue des suivis réguliers. Les technologies de l'information demeurent un défi pour tous les établissements de santé. L'acquisition d'une assurance de protection cybersécurité a le mérite d'être soulignée comme une action concrète.

L'établissement s'est doté d'outils afin d'encadrer la rédaction des politiques. La qualité de la documentation produite par l'établissement mérite d'être soulignée. Les équipes ont généralement accès

en temps opportun aux informations du dossier de l'usager pour réaliser une prestation sécuritaire et de qualité.

L'établissement est invité à relever les défis qui se présentent, notamment, maintenir sa vigilance à la sécurité informationnelle, soutenir les employés dans les utilisations judicieuses des communications électroniques et poursuivre son développement des technologies de l'information et la communication.

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'établissement s'assure de la sécurité des résidents et des employés. Le personnel est formé et le matériel nécessaire pour accomplir un travail sécuritaire est disponible. Le milieu est propre et bien entretenu. Des espaces sont conçus avec l'apport des usagers et de leurs proches. Des investissements constants sont faits par le propriétaire. Il est à souligner les efforts persévérants pour le bien-être des résidents. La mise en place du plan directeur pour l'aménagement paysager de l'ensemble du site et la modernisation du mobilier urbain témoigne de ce souci constant d'offrir des lieux agréables et bien entretenus. Le développement du Jardin de mes souvenirs (jardin prothétique stimulant les 5 sens), initié il y a déjà quelques années, est un bel exemple de projet qui perdure dans le temps. De plus, le Quartier des Générations mise en place également depuis quelques années incluant la Résidence Berthiaume-Du Tremblay est une démarche d'innovation pour répondre aux besoins des nouvelles générations d'aînés que nous devons souligner. À différentes phases des projets de développement, l'apport du résident et des proches est sollicité. Dans un même ordre d'idée, il est important de souligner les efforts pour offrir un milieu de travail attrayant, notamment par l'aménagement des locaux, tout récemment celui dédié aux stages permettant d'accueillir des cohortes d'étudiants en soins d'assistance par le centre de formation professionnelle Antoine-de-Saint-Exupéry et une nouvelle salle d'entrainement physique pour le personnel.

L'établissement applique différentes mesures de développement durable. Il a notamment participé à un projet de démarche de stationnement écoresponsable avec le Conseil régional de l'environnement de Montréal afin de dégager des pistes de solution pour des moyens alternatifs au transport et encourager le covoiturage. Il a mis en place l'herbicyclage, instauré une récupération des huiles usées, du plastique, du verre et du métal. Il a son propre compacteur à déchets. Il a mis en place un système de récupération des piles.

L'établissement est invité à poursuivre ses efforts d'entretien et de sécurité.

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)
Des plans de prévention et réduction des situations d'urgence et des sinistres sont élaborés et mis en œuvre. Le travail avec la firme Prudent Groupe conseil mérite d'être souligné. La Plateforme Rézilio est remarquable. Les équipes, les résidents et les familles sont informés de leur rôle. Le personnel est formé et il réalise des exercices d'incendie et des exercices pour les autres mesures d'urgence. Les résultats des exercices sont utilisés pour réviser et ajuster le plan en vue des sinistres ou des urgences. Un plan de continuité assure la continuité des activités critiques pendant une situation d'urgence. L'établissement est invité dans la même voie avec autant de rigueur et de vigilance.

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
L’approche partenaire fait partie de la vision et des valeurs de l’établissement. Une politique sur le partenariat de soins et de services a été élaborée. Cet établissement a établi des principes et une vision du travail en partenariat. Il démontre l’importance de travailler de concert avec les résidents et leurs proches.

Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
La direction et ses gestionnaires détectent et éliminent, lorsque possible, les obstacles qui empêchent les résidents d'accéder aux services.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

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

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

Une procédure reliée à l'inventaire des équipements, au suivi des petits appareils et à leur entretien préventif est bien implantée. Les numéros uniques de ces équipements permettent de les retrouver facilement grâce à un tableau de bord développé à cet effet. On y retrouve de plus le rythme de l'entretien, qui en a la responsabilité, et comment son entretien doit être fait.

Au cours de la dernière année, un chargé de projet a travaillé en collaboration avec le chef d'équipe à l'entretien des installations matérielles au développement d'un logiciel de gestion de suivi des équipements et des appareils médicaux (GMAO). D'ici quelques mois, un premier déploiement devrait avoir lieu. Ce logiciel permettra aussi de suivre en temps réel les demandes de service et le suivi des équipements en plus d'y retrouver toutes les informations nécessaires à leur entretien et utilisation.

Les contrats avec les firmes externes pour certains de ces appareils pour l'entretien ou la réparation sont accessibles et bien suivis.

La sélection des produits se fait en interdisciplinarité avec les membres du comité de fournitures médicales. Parfois, le comité de l'approche partenaire ou un résident est mis à contribution dont par exemple sur le choix d'une chaise de bain essayé quelque temps avant l'achat.

Le personnel est formé concernant la sécurité, l'utilisation et le nettoyage relié aux appareils et équipements médicaux. LE SIMDUT est revu régulièrement pour tous les employés concernés et tous les employés du secteur de l'alimentation seront formés sous peu à cet effet.

Les produits de nettoyage sont bien identifiés, serrés de façon appropriée et sous clé dans les chariots spécifiques à cet effet. Les locaux de rangement de ces produits, leurs réserves ainsi que la conciergerie sont bien ordonnées. Il en est de même pour le secteur alimentaire.

L'utilisation d'équipement à usage unique évite le processus de stérilisation. D'ailleurs, il n'y a pas de retraitement d'appareils dans l'organisation.

Une fierté manifeste est exprimée sur la réussite du développement d'une proximité gagnante entre les employés de l'hygiène salubrité, du service technique et du secteur de la maintenance. Ils mentionnent le gain de temps relié à l'entraide et la collaboration qui se développe de plus en plus. Nous pourrions également souligner que des équipes de soins ont aussi parlé de l'expérience positive qui s'installe entre tous ces acteurs de l'organisation faisant en sorte de simplifier les irritants voire de les prévenir.

Un défi important à considérer est le maintien de cette qualité de service qui s'instaure, relié à la lourdeur de la clientèle et des besoins qui sont de plus en plus manifestes. Des enjeux de maintien du bâtiment semblent également une priorité mise de l'avant dans le plan d'action.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

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

Organismes extra-hospitaliers – Gestion des medicaments

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

Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

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

Aide à la décision

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

Impact sur les résultats

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des medicaments	

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

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

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des medicaments

Tout le processus entourant le circuit de la médication que ce soit en amont de l'admission du résident jusqu'à sa prescription initiale est fait avec beaucoup de rigueur en suivant les politiques et procédures mises en place dans l'établissement.

Deux pharmaciennes cliniques se partagent à temps partiel les 5 journées de travail à la Résidence. Ces présences ajoutent un support intéressant auprès des familles puisqu'elles les rencontrent dès leur admission et par la suite au besoin. Elles informent les résidents et les familles sur leurs prescriptions et évaluent avec eux leurs demandes et besoins. Elles participent également aux rencontres interdisciplinaires et collaborent aux sessions de formations ou d'informations auprès du personnel infirmier sur des thèmes reliés à la médication.

Les prestataires de service disposent d'informations à jour sur les clients. Le bilan comparatif du médicament est produit avec la contribution des pharmaciennes et des professionnels de la santé. Il est complété à l'admission et lors des moments de transition. Les procédures du BCM semblent bien campées.

La préparation des médicaments qui arrivent en formats ensachés est donnée à contrat depuis plusieurs années. À la suite de la fusion de 2015, cette pharmacie sous contrat fait maintenant partie du CIUSSS du Nord de l'Ile. La collaboration entre les deux milieux est favorable.

Certaines des politiques et des procédures reliées à la gestion de la médication ont été revues et misent à jour par les membres du comité de pharmacologie, le comité médico-pharmaco-nursing et les membres du CMDP qui semblent tous bien actifs.

La sélection des médicaments se fait à partir de la liste prédéterminée du CIUSSS, des demandes de résidents et de leurs familles ainsi que des suggestions de professionnels de la santé. Chaque demande est évaluée et si nécessaire des ajustements sont apportés.

Les aires d'entreposage des médicaments sont propres et bien éclairées. Les médicaments sont sous clés dans un local fermé et les chariots de médicaments sont également barrés. La température des réfrigérateurs qui contiennent la médication est dans les normes et vérifiée régulièrement. Les médicaments périmés, endommagés et contaminés ainsi que les médicaments en réserve dans les armoires de nuit sont vérifiés. Une assistante technique collabore pour faire ce suivi sur les étages.
Un travail important se poursuit depuis quelques années pour tenter de diminuer le nombre de médicaments par résidents, notamment au niveau des statines et des antipsychotiques afin de favoriser leur mieux-être. Les réévaluations faites lors des rencontres interdisciplinaires facilitent les prises de décisions. Des indicateurs de suivis et des plans d'action réalisés à cet effet permettent d'avoir un regard plus précis du nombre moyen de médicaments par résidents (MMPR).
Bien que la politique sur l'auto-administration de la médication est en place, cette pratique semble moins

appropriée au fil des années vu la clientèle qui s'alourdit. Cependant, les intervenants tentent parfois de laisser pour certains résidents quelques actions reliées à leur administration ou préparation afin de favoriser une certaine participation et fierté du résident.

Les FADM ont été améliorées avec des sigles pour prévenir divers types d'erreurs. Par exemple des sigles sur les médicaments à hauts risques, ou demandent des précautions spéciales ou encore sur un produit cytotoxique, attirent l'œil de l'intervenant et facilitent une administration exempte de risque.

Les formulaires AH223 sont remplis lors d'erreurs de médication et les notes aux dossiers sont précises sur ce point. De plus, les usagers/familles sont avisés de la situation. Des suivis sont en général faits auprès du personnel pour éclaircir la situation et trouver des mécanismes de prévention.
Les défis qui préoccupent les membres responsables de la gestion de la médication, dont les représentants des comités spécifiques à ces secteurs, sont le roulement important du nombre de résidents démontré au cours des dernières années amenant ainsi une augmentation de temps au niveau des ressources humaines. D'autres inquiétudes se situent au niveau des coûts de la médication qui sont de plus en plus onéreux et de la disponibilité des ressources financières qui est en soi limitée.

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

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

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

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

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

Le programme de prévention et de contrôle des infections a été revampé en 2019 et des sections ont été ajoutées telles que l'approche reliée à la tuberculose, à l'impétigo et aux équipements de protections (EPI). Des feuillets explicatifs et des algorithmes ont également été revus afin de faciliter davantage la lecture rapide des principes entourant la prévention et le contrôle des infections. Nous avons vu ces nouvelles affiches lors d'isolement, près des postes de lavage des mains, etc.
Ce programme est très clair, bien présenté, facile d'accès et intègre l'ensemble des éléments devant être contenus dans un tel programme.
Les formations devant être données sont bien détaillées et permettent à tous les acteurs de l'organisation de retrouver au sein d'un tableau l'ensemble des formations annuelles qu'il recevra.
Des outils proposés sont utilisés sur les unités tels les outils de dépistages et de suivi d'infections.
L'infirmière en prévention et contrôle des infections avec l'apport des intervenants joue un rôle majeur dans la détection de signes et symptômes d'infections devant être prises en compte. Son travail de proximité, de support, de coach et d'évaluation quotidien devrait démontrer un impact sur la diminution du taux de diverses infections.
Nous tenons à souligner le travail de l'équipe d'hygiène et salubrité qui semblent comprendre l'importance de leurs collaborations à ce titre. Les routes de travail ont d'ailleurs été revues ainsi que les routines d'entretien des équipements. Quant au personnel de la cuisine, des techniques de manipulation de la nourriture, de validation de la bonne température des aliments, des vérifications des cabarets en fonction des allergies et des surfaces sur lesquels ils sont posés ont entre autres été revues.
Dans ces deux secteurs, les routes des déchets sont différentes de celles de l'approvisionnement de la nourriture et les routes du linge souillé sont également différentes de la lingerie propre.
Nous avons revu l'évaluation de la MAPAQ et pu constater que toutes les actions rapides qui pouvaient être faites l'avaient été. Un tableau de suivi facilite ce suivi. Concernant les autres actions qui demandent plus de temps de réalisation, un processus est en cours pour voir comment elles pourront être réalisées.
Un des défis importants est certes la surveillance de la contamination croisée et l'offre adéquate et rigoureuse des repas à servir aux résidents ayant des allergies ou des conditions alimentaires spécifiques.

Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

La mission, la vision et les valeurs de la Résidence sont vécues et véhiculées harmonieusement par l'équipe du Centre de jour. Ce centre est non seulement attrayant par ses espaces ou la nature se fait ressentir à plusieurs endroits, mais aussi par sa joie d'y être qui est ressentie. Les lieux sont également propres et accueillants. D'ailleurs, la société Alzheimer locale emprunte ces locaux tous les samedis pour y accueillir des groupes afin d'offrir un répit aux proches aidants.

Les intervenants du Centre de jour ont développé plusieurs partenariats que ce soit dans le réseau de la santé, auprès d'organismes de proches aidants, de collègues de centres de jour ou à partir de rencontres réalisées lors de colloques ou de conférences. Nous les encourageons à poursuivre dans cette route pour promouvoir les réussites et leurs réalisations de ce Centre de jour.

Des rencontres annuelles sous forme de cocktail sont offertes pour les intervenants travaillant au soutien à domicile afin de mieux faire connaitre leurs services, développer par le fait même de plus grands liens et certains corridors de services.

Nous souhaitons souligner en dernier lieu l'appréciation de notre visite dans ce secteur, principalement relié à la créativité et au sens de l'innovation de ses acteurs. Nous avons senti une approche novatrice et renouvelée auprès des usagers du Centre de jour, mais aussi, auprès de leurs proches aidants dans un

souci de leur donner un petit souffle de vie pour qu'ils puissent récupérer un peu, mieux saisir ce qu'est la proche aidante et par la suite, mieux s'occuper de l'être aimé près d'eux.

Leur défi demeurera de poursuivre au fil des années, la cadence souhaitée malgré les demandes qui augmenteront que ce soit de la part des proches aidants -PA- (utilisation de l'acronyme « PA » pour le reste du texte) que des usagers, leurs pathologies multiples, la complexité de la fluidité des suivis et des corridors de services auprès des intervenants tant du réseau que d'autres collaborateurs. Ils seront appelés à se redéfinir ou à trouver des mécanismes qui viendront pallier ces divers défis.

Processus prioritaire : Compétences

L'interdisciplinarité est une constante dans ce secteur. Quotidiennement, des situations d'échanges concernant les usagers et/ou avec eux, ont lieu et les avis sont partagés et discutés. Les professionnelles rencontrées sont soucieuses de la valeur ajoutée à ce partage d'information sur les usagers et leurs familles et évaluent régulièrement leur fonctionnement cherchant toujours l'efficience et le meilleur soutien à offrir à leur clientèle.

À partir de recherches sur des données probantes, de lectures, de conférences, de formations et de rencontres diverses, elles développent leurs compétences et le partage avec les membres de l'équipe. Certaines parmi elles sont des conférencières reconnues au sein du réseau de la santé et d'OBNL et profitent ainsi de ces conférences pour développer des partenariats et mieux faire connaitre leur Centre de jour.

Il y a près de huit années déjà, le souci de la condition de vie des proches aidants (PA) et de l'exigence que représente la proche aidance, les ont interpellées grandement. Elles ont développé au fil du temps un service hors pair auprès de proches aidants d'aînés, service reconnu par les gens du milieu, mais surtout par les proches aidants eux-mêmes.

Nous avons eu la chance d'entendre l'une d'elles soulignant qu'elle a été en quelque sorte « sauvée » par les rencontres organisées pour les PA. Elle mentionnait qu'un des défis pour le PA est de faire « un pas » pour venir à de telles activités. Elle ajoute que le PA porte en soi toutes sortes de conceptions et d'idées préconçues face à son rôle, responsabilités et perceptions du regard des autres. Heureusement, au fil des rencontres, plusieurs de ces pensées et craintes s'estompent pour un mieux-être et un grand réconfort qui est ressenti grâce aux échanges et partages des rencontres. Une certaine solitude qui s'estompe un peu plus.

Rappelons que l'élaboration d'une programmation de services spécifiques conçus organisés et dédiés aux proches aidants par les intervenants du Centre de jour a été certifiée en 2016 comme Pratique exemplaire par Agrément Canada.

Nous encourageons les responsables de ce service à poursuivre ce projet novateur et à continuer de le faire vivre dans d'autres milieux afin que d'autres PA de partout au Québec puissent en profiter.

Concernant les questions de situations éthiques, une travailleuse sociale faisant partie du comité d'éthique utilise ses connaissances avec les membres de l'équipe lorsqu'une situation demande une réflexion plus litigieuse.

L'ensemble des résidents que nous avons croisés surtout lors des repas étaient bien heureux de participer au centre et de profiter des activités proposées. Plusieurs souhaitaient nous témoigner leur appréciation de ce centre et des gains qu'ils en ressentent.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'accueil des usagers est standardisé et débute par la conductrice du minibus du Centre de jour qui va les chercher à domicile puis se poursuit par le soutien de l'agente administrative et par les intervenants qui aident ces derniers dans cette première étape.
Des pochettes d'accueil sont remises aux usagers afin de mieux leur présenter le centre, la programmation, des informations diverses et les attentes de l'organisation. Ces pochettes ont aussi été modifiées afin de respecter un souhait des usagers qui souhaitaient avoir la liste téléphonique des employés du Centre de jour et leurs fonctions spécifiques. Cette liste a été ajoutée dans leur pochette.

Ces documents remis tout comme pour une admission en hébergement, sont conviviaux et fort complets. Rapidement, ces derniers ont une bonne idée de la culture, des valeurs du Centre de jour et de leurs responsabilités diverses.

Les évaluations initiales sont revues en fonction d'une meilleure connaissance des besoins et du potentiel des usagers.

Au niveau des activités cliniques, l'enthousiasme du personnel et de l'équipe interdisciplinaire est bien vivant. La bonne humeur règne et nous l'avons ressentie lors des deux visites que nous avons faites au moment des repas des résidents servis par le personnel et les bénévoles du Centre de jour. On y chantonnait même!

Lors de la transition d'un usager en CH ou d'une fin de service, il apparait de plus en plus difficile de s'assurer du suivi de l'usager, surtout depuis la fusion des établissements du réseau de la santé. Il apparait que de plus en plus les intervenants pivots du CIUSSS changent régulièrement, ou qu'il n'y en a pas pour des résidents, ou encore qu'aucune ressource ne soit disponible en première ligne pour l'usager. Un souhait dans la prochaine année est certes pour eux de trouver de nouveaux canaux de communication pour assurer un transfert sécuritaire ou une fin de services aux usagers ainsi qu'aux PA.

Les évaluations de rendement sont réalisées annuellement et des échanges ponctuels sont favorisés en cours d'année en plus d'activités de reconnaissances qui semblent assez régulières.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les informations recueillies sur la situation de soins et de services de santé de l'usager afin de participer

au Centre de jour sont des plus complètes. Une rencontre préliminaire lors de la préinscription permet déjà une bonne prise de connaissance. Par la suite, un portrait de l'autonomie globale du résident se dessine avec l'apport de plusieurs des intervenants du Centre de jour. Le profil pharmacologique de l'usager est également disponible et l'infirmière inscrit sur la fiche d'administration de la médication les doses administrées, fiche réalisée spécifiquement pour ce secteur.

L'équipe est composée de professionnels de différents secteurs qui collaborent tous à la collecte de données et à la rédaction du profil global de l'usager pour tous les aspects bio-psycho-social rédigé dans l'outil « Portrait de l'autonomie des besoins de l'usager". Un PTI est réalisé et revu en fonction des modifications des besoins des usagers.

Tout comme dans les secteurs d'hébergement, les membres de famille ainsi que les usagers peuvent consulter leurs dossiers en remplissant le formulaire spécifique à cet effet.

Notons qu'environ 225 usagers circulent au Centre de jour toutes les semaines, dont 20 proches aidants. Environ un mois d'attente existe pour les usagers qui souhaitent participer au centre de jour. La majorité d'entre eux viennent à raison de 1-2 plages horaires /semaine.

Nous souhaitons souligner que le suivi des demandes et de la participation des usagers exige de la part des intervenants une grande rigueur et logique de priorisation de ces demandes en plus d'une capacité de relation humaine avec toutes ces personnes que ce soit pour refuser, limiter ou terminer un séjour au Centre de jour.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisation utilise les lignes directrices pour déterminer diverses pratiques de soins et services. Les usagers et PA ont collaboré dans certaines décisions, dont de conserver les activités initiales du Centre de jour, de maximiser les activités à l'extérieur et de recevoir des formations spécifiques.

Ils apprécient beaucoup l'utilisation du jardin prothétique, été comme hiver. Ces demandes d'usagers ou de PA ont été prises en compte et des activités ont lieu à cet endroit (marches, ski en fauteuil, exercice…) De plus, de la formation sur les régimes de protections et les consentements de l'usager ont été offerts rapidement pour répondre à leur désir.

Le programme MPOC offert depuis 2014 au centre a permis à plusieurs usagers sortant d'un séjour en réadaptation de profiter de ce programme et d'améliorer leurs conditions de santé. Des résultats probants continuent de prouver ce type de soutien. Il s'agit à nouveau d'une belle réalisation.
Afin de favoriser encore plus le soutien aux PA, une modalité de répit « L'intermède » permet au PA dont la personne significative participe au Centre de jour de bénéficier d'une douzaine de journées de répit de plus. Cette pratique est fort appréciée et représente une fierté des intervenants.

En lien avec le type de soutien offert aux PA, un projet ISO-Stress appuyé par le Comité éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal permettra d'aider les PA qui y participeront à

mieux négocier et gérer des stress vécus au quotidien. En 2022, des données reliées à une étude évaluative sur ce projet apporteront une plus-value de ce programme. Ainsi, d'autres organismes pourront déployer ce programme ISO-Stress à partir d'une expérience qui devrait être, espérons-le, très concluante. Ce programme a été également offert aux usagers du Centre de jour et aux gestionnaires.

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Épisode de soins		
11.1	Des politiques et procédures pour les ADBD sont élaborées avec l'apport des résidents et des familles.	
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		
16.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des résidents et des familles.	!
17.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des résidents et des familles.	

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

La mission et la vision de la Résidence sont très bien établies et connues non seulement de la part des employés, mais aussi des familles.

Les partenariats sont nombreux (CIUSSS, Santé publique, AEPC, CHSLD Angelica, etc.) et l'organisation a été proactive en ce sens.

En dernier lieu, il nous apparait important de souligner l'engagement des employés et le bonheur qu'ils expriment de travailler dans ce CHSLD de niveau humain, familial et relationnel. Plusieurs retraités reviennent donner des coups de main soulignant également leur grand sentiment d'appartenance.

Les membres de la direction sont très présents dans le milieu favorisant ainsi une gestion de proximité. Les employés reconnaissent cette présence positive auprès d'eux, de même que les usagers et leurs familles s'en trouvent choyés et davantage écoutés.

Les équipes se sont dotées d'outils de consultation visuels et fort précis sur plusieurs éléments de pratiques sécuritaires. Des pictogrammes et aide-mémoires rappelant d'un coup d'œil les pratiques à réaliser dans diverses circonstances. Également, des algorithmes d'interventions décisionnels précis et simplifiés facilitent les prises de décisions immédiates et/ou à plus long terme.

Les équipes avec la consultation du comité des usagers ont également participé au nouveau programme de soins palliatifs et de fin de vie.

À la suite de l'ensemble des formations reçues sur divers programmes ou autres pratiques, tel que la prévention des infections, nous encourageons les équipes à travailler à l'intégration de ces procédures afin de s'assurer d'une pérennité de ces pratiques misant ainsi vers une qualité des soins et services à long terme. Le support des chefs d'unité et de la conseillère en soins ou en pratiques cliniques est certes un atout important à ce niveau.

Outre l'expertise technique/clinique reconnue du personnel infirmier, un défi mentionné se situe au niveau des transferts de connaissances de leur savoir avec les usagers et leurs familles lors d'échanges avec eux. Des formations de situation de cas pourraient aider ces intervenants à développer davantage ces habiletés.

Processus prioritaire : Compétences

L'approche interdisciplinaire semble bien développée et fonctionne très bien. Les rôles et responsabilités de chacun sont clairs et l'ensemble des professionnels y participent. Le PII est réalisé au plus tard 6 semaines après l'admission.

En cours d'hébergement, des usagers et familles expriment avoir participé à des rencontres interdisciplinaires. Ceux que nous avons rencontrés mentionnent apprécier ce temps d'échange qui les éclaire sur la condition de santé et les démarches à entreprendre pour faciliter l'amélioration ou le maintien de la condition de santé du résident vers la plus grande autonomie possible.

L'organisation du travail, la définition des rôles et responsabilités se définissent de plus en plus et les membres du comité approche partenaire y participent. La formation du personnel représente un objectif toujours d'actualité pour le milieu. Plusieurs formations et mises à niveau (codes de sécurité, lavage des mains, outils cliniques) sont offertes et le personnel exprime sa satisfaction.

Reliés aux décisions et aux situations éthiques, les employés semblent moins familiers avec les situations dont des échanges avec les membres du comité d'éthique pourraient les aider dans leurs prises de décision.

Les permis d'exercices sont vérifiés annuellement par l'administration du CHSLD. Les évaluations de rendement sont également réalisées aux deux ans et les employés mentionnent qu'il s'agit d'un moment habituellement satisfaisant.

Dans la prochaine année, un projet de demander une contribution d'informations aux résidents et leurs familles concernant l'évaluation des employés sera mis de l'avant.

L'ensemble des résidents que nous avons croisés étaient bien mis et semblaient confortables, et ce, malgré leurs problématiques de santé.

L'approche relationnelle et familiale auprès des résidents a été mentionnée comme une fierté par divers acteurs de l'organisation.

Nous encourageons également l'ensemble des acteurs de l'organisation à poursuivre ces démarches de respect de la personne en maximisant les approches de bienveillance et de bientraitance dans toutes circonstances. Ces petits gestes du quotidien de dévouement et d'attention ont été soulignés comme très appréciés lorsqu'ils sont offerts par les employés.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'accueil des résidents a été standardisé au cours des dernières années. Un PAB accompagnateur dédié pour l'ensemble du séjour du résident accueille ce dernier sur l'unité, l'informe des coutumes et pratiques de l'unité, le soutien tout au long de son séjour si de part et d'autre ce souhait demeure.
Les PAB apprécient ce lien privilégié avec le nouveau résident et des familles manifestent leurs reconnaissances. Graduellement, au fil du temps, d'autres rencontres s'organisent avec l'usager et sa famille dont avec l'assistante-infirmière chef, la travailleuse sociale, le médecin, la responsable des loisirs, etc.

Des pochettes spécifiques documentant les activités et outils devant être réalisés auprès du résident à l'accueil sont disponibles pour le personnel infirmier (l'assistante-infirmière chef, l'infirmière et l'infirmière auxiliaire) ainsi que pour la chef d'unité.

Les documents remis lors de l'admission du résident et sa famille sont conviviaux et fort complets. Rapidement, ces derniers ont une bonne idée de la culture, des valeurs, du type de milieu de vie de cette organisation.

Le médecin est avisé de l'admission et en général à l'intérieur du premier mois rencontre les membres de la famille en fonction de leurs demandes. Nous avons constaté que cela n'est pas évident pour certains de demander cette rencontre même s'ils le souhaitent. Nous encourageons le personnel infirmier à structurer cet échange afin qu'il puisse avoir lieu si possible avant la tenue de la première rencontre du comité interdisciplinaire.

Un processus structuré de planification des soins et services permet de s'assurer qu'une réponse à l'ensemble des besoins du résident est assurée. Les familles participent à ce processus. Plusieurs évaluations du résident sont réalisées dans les premiers jours de l'admission dont le risque de chute, d'ulcères de décubitus, de la douleur, de la prévention des infections et autres.

En tout temps, l'usager/famille participe aux choix des interventions des soins et services à utiliser pour le mieux-être de l'usager. Les directives infirmières permettent aux PAB de suivre facilement les résidents en fonction de leurs besoins, soins et services devant être dispensés. Des plans détaillés facilitent ces suivis.

Au niveau des activités cliniques, l'enthousiasme du personnel et de l'équipe des loisirs est bien vivant. Tous les jours, plusieurs activités diverses telles que du bricolage, de la zoothérapie, des chants agrémentés de musique ont lieu sur les unités avec la participation des familles. L'atmosphère est agréable et on ressent un certain plaisir d'y être.

Lors de la transition d'un usager en CH ou ailleurs, une procédure est établie afin de s'assurer de ne rien oublier. D'ailleurs, une enveloppe spécifique au transfert facilite le travail permettant de cibler rapidement tous les documents devant être transmis sans oublier le contact à la famille. Cet outil de travail s'avère fort utile non seulement pour le personnel régulier, mais également lors de remplacement par du personnel d'agences.

Les évaluations de rendements sont réalisées aux 2 années et des échanges ponctuels sont favorisés en cours d'année.
Les infirmières produisent leur plan thérapeutique infirmier permettant par la suite de développer les directives infirmières et les plans de travail aux PAB. Ces outils sont très bien présentés et spécifiques pour faciliter un meilleur suivi pour la clientèle. Nous encourageons cependant les équipes à procéder aux mises à jour de ces plans et d'en assurer un suivi.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres de familles ainsi que les usagers peuvent consulter des données de leurs dossiers à la suite d'une demande écrite faite auprès de l'archiviste. Le temps d'attente est d'environ deux semaines. Les responsables sont soucieux d'assurer la confidentialité des résidents que ce soit au niveau de l'unité de vie que dans les dossiers. Les dossiers sont tous conservés dans les postes des infirmières qui sont en général fermés.
Les dossiers des usagers sont partiellement informatisés et le logiciel Sicheld est bien connu par les professionnels. Les codes d'accès au système informatique sont réservés aux membres du personnel et à certains employés plus réguliers des agences provoquant parfois pour ceux qui viennent ponctuellement et qui n'ont pas de code, une faille d'entrées de données.

Nous avons constaté que des documents du dossier du résident sont remplis via le système informatique par les thérapeutes alors que les infirmières le font manuellement. Nous invitons les intervenants à brocher ensemble les sections de ces deux documents complétés plutôt que de produire deux copies du même document qui semblent de part et d'autre incomplets à la lecture. En effet, ailleurs dans le dossier nous retrouvons l'autre partie recherchée produite par un ou l'autre des professionnels.

Une stagiaire de l'École des hautes études en santé publique EHSPE de Renne, en collaboration avec le comité approche-partenaire a collaboré à valider la surveillance et l'évaluation des pratiques d'audits et

de tenue des dossiers. Cet exercice a permis d'en améliorer son contenu en fonction entre autres des recommandations des résidents et de leurs familles.

Bien que la tenue des dossiers, leur classement et la conservation dans les unités de soins répondent aux politiques globales de l'organisation ainsi qu'aux lois et règlements ministériels, nous encourageons l'organisation à poursuivre cette révision des dossiers, à les élaguer et à peaufiner davantage son classement et s'assurer de sa complétion.
Plusieurs formations ont été dispensées au cours des dernières années et les employés manifestent leur appréciation à ce niveau.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisation utilise les lignes directrices pour déterminer diverses pratiques de soins et services. Les usagers sont un peu sollicités sans toutefois l'être systématiquement dans toutes les étapes de la sélection, de l'évaluation et de la révision des lignes directrices.

Les indicateurs de qualité et sécurité sont sélectionnés en fonction des pratiques cliniques retenues et des événements qui surviennent. Les résultats sont compilés par la conseillère à la gestion des risques et à la qualité, évalués et acheminés ensuite aux chefs d'unité qui les partagent avec les équipes soignantes. Des pistes d'amélioration sont discutées et partagées aux familles et résidents s'il y a lieu. Tout rapport d'accident est partagé avec le résident et sa famille.

Nous croyons qu'il serait intéressant d'afficher ces rapports ainsi que les approches retenues afin d'améliorer les pratiques à risque. Il serait alors plus facile de revoir régulièrement les succès des actions entreprises pour améliorer les situations. Il serait aussi souhaitable de transmettre un résultat des rapports d'incidents et d'accidents plus rapidement pour permettre des interventions plus rapides.

Quelques consultations ont eu lieu après des usagers et des familles concernant entre autres les soins de fin de vie, les soins palliatifs et le rôle du PAB accompagnateur.

Nous encourageons l'organisation à impliquer davantage les usagers et leurs familles sur l'ensemble des éléments sur lesquels ils pourraient avoir un impact quant aux idées de soins et services qui pourraient être améliorés.

Résultats des outils d'évaluation

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

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

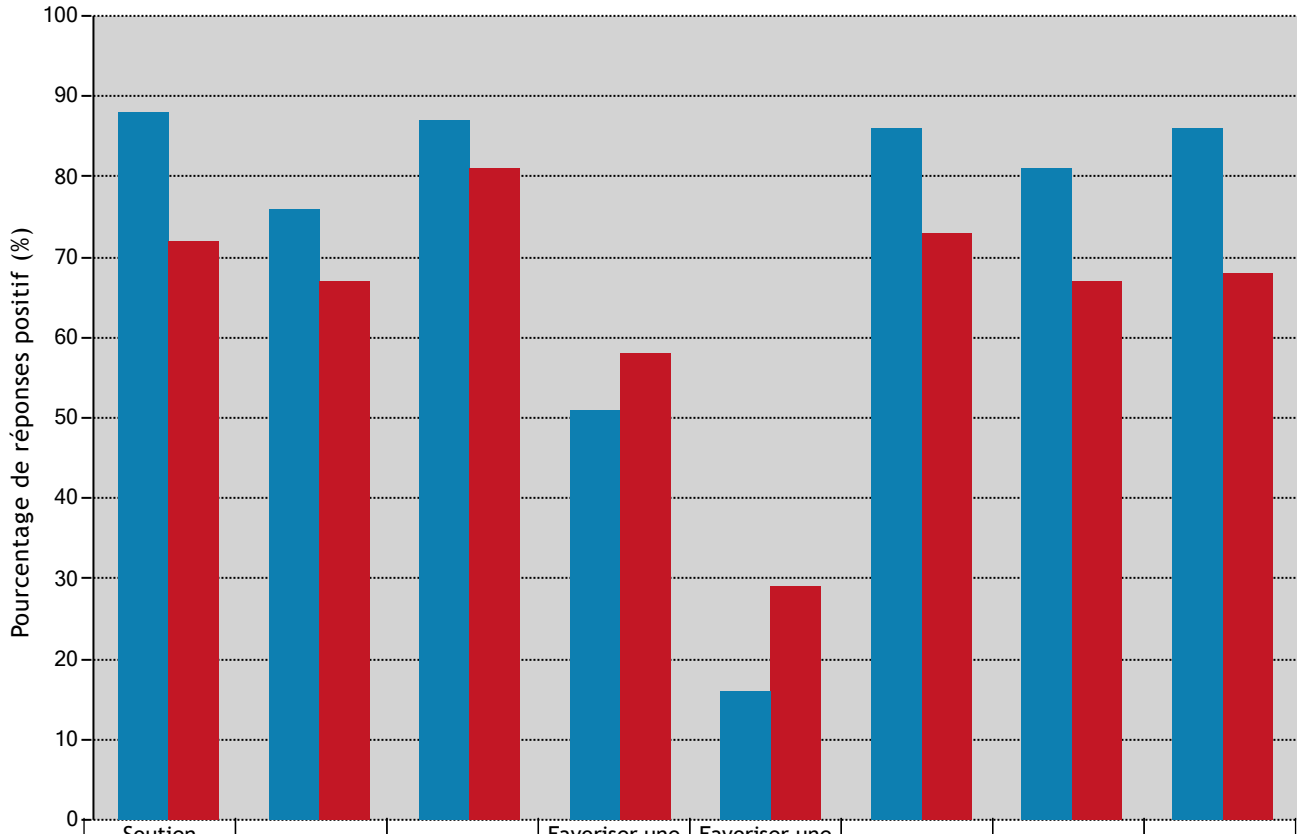
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 janvier 2019 au 10 mars 2019**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 134**
- **Nombre de réponses : 235**

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



	Soutien organisationnel (haute direction) en matière de sécurité	Leadership des superviseurs en matière de sécurité	Culture d'apprentissage	Favoriser une communication ouverte I : Environnement exempt de jugement	Favoriser une communication ouverte II : Répercussions de l'erreur sur le travail	Suivi des incidents	Divers	Perception de la sécurité des usagers dans son ensemble
	88%	76%	87%	51%	16%	86%	81%	86%
	72%	67%	81%	58%	29%	73%	67%	68%

Légende

Résidence Berthiaume-Du Tremblay

* 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 2019 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

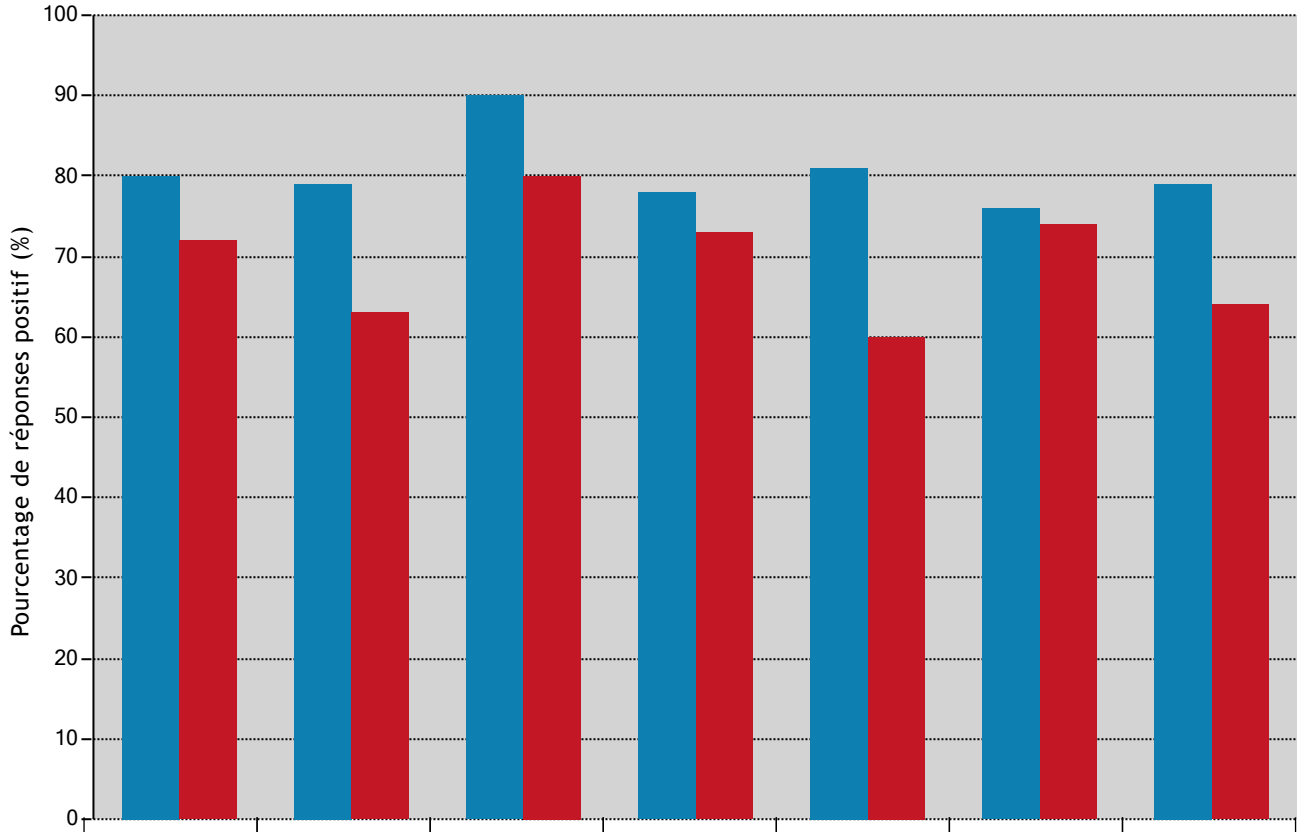
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend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

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

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

- **Période de collecte de données : 5 février 2019 au 10 mars 2019**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 142**
- **Nombre de réponses : 276**

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



	Travail	Formation et perfectionnement	Collègues de travail	Superviseur immédiat	La haute direction	Sécurité et santé	En général
	80%	79%	90%	78%	81%	76%	79%
	72%	63%	80%	73%	60%	74%	64%

Légende

Résidence Berthiaume-Du Tremblay

* 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 2019 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées.

Annexe B - Processus prioritaires

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

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

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

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

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

Processus prioritaire	Description
Aide à la décision	Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.
Analyses de biologie délocalisées	Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.
Banques de sang et services transfusionnels	Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.
Compétences	Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.
Don d'organes (donneur vivant)	Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.
Épisode de soins	Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.

Processus prioritaire	Description
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
Impact sur les résultats	Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Leadership clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestateurs de services, les clients et les familles.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic – Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic – Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.