

Résidence
**BERTHIAUME-
DU TREMBLAY**



PROGRAMME CADRE

D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ



NOVEMBRE 2019

Résidence
**BERTHIAUME-
DU TREMBLAY**



Je lève mon chapeau à l'ensemble du personnel pour son engagement et sa mobilisation constante envers l'organisation, car grâce à lui nous pouvons citer haut et fort l'expression suivante :

**« La Résidence Berthiaume-Du Tremblay,
Bâtitteur de qualité ! »**

Chantal Bernatchez, directrice générale

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	4
1. LES ASSISES SOUTENANT LE PROGRAMME D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	5
1.1 La mission et la vision de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay.....	5
1.2 Les valeurs phares	6
1.3 La philosophie d'intervention.....	6
1.4 Les objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité	7
1.5 Les conditions de réussite	7
2. LA QUALITÉ	12
2.1 Les dimensions de la qualité.....	13
2.2 Les quatre perspectives de la qualité	14
2.3 Le processus d'amélioration continue de la qualité.....	19
3. LA STRUCTURE DE LA DÉMARCHE QUALITÉ ET LES RESPONSABILITÉS DES PRINCIPAUX ACTEURS	23
3.1 Le niveau Vigie : La gouvernance	23
3.2 Le niveau stratégique	25
3.3 Le niveau tactique	26
3.4 Le niveau opérationnel.....	26
CONCLUSION	28
ORGANIGRAMME DE L'ÉTABLISSEMENT	29
BIBLIOGRAPHIE	30

Rédaction : Chantal Bernatchez, directrice générale

Annie Poirier, directrice qualité, communication et ressources informationnelles

Geneviève Angers, conseillère à la gestion des risques et à la qualité

Révision et mise en page : Mélanie Leblond, spécialiste en procédés administratifs

AVANT-PROPOS

La Résidence Berthiaume-Du Tremblay s'est munie d'un programme cadre d'amélioration continue de la qualité et l'applique avec rigueur pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins de ses usagers (résidents et leurs proches, les usagers du Centre de jour ainsi que les locataires des Résidences Le 1615 et Le 1625) et de s'assurer d'une offre de services de grande qualité.

Au fil des ans, la Résidence s'est dotée de divers outils, programmes, politiques, processus afin de répondre aux normes et exigences en matière de qualité. Elle s'est aussi engagée en dispensant la formation sur l'approche optimale, qu'elle a offerte à l'ensemble de son personnel, à créer un milieu où la personne est priorisée dans le respect des valeurs de l'approche milieu de vie.

Par ce programme intégré de la qualité des services, l'établissement a pour objectif de regrouper dans un seul document les nombreuses activités d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques ainsi que les activités liées à l'atteinte et au respect des normes d'Agrément Canada.

La gestion intégrée de la qualité et l'amélioration continue de la qualité reposent sur la volonté et la collaboration de tous les acteurs concernés, soit le conseil d'administration, les gestionnaires, le personnel (toute personne œuvrant dans l'établissement, incluant les contractuels et les stagiaires), les médecins, les bénévoles et les partenaires liés par une entente de services. L'implantation de ce programme rend compte des efforts déployés par la Résidence pour mobiliser l'ensemble de son personnel.

Le présent programme est appliqué à l'hébergement et au Centre de jour, ainsi qu'aux Résidences Le 1615 et Le 1625 dans le respect des particularités de chacun de ces milieux.

Ce document s'inspire largement du *Guide de la gestion intégrée de la qualité*¹ publié par l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) ainsi que du *Cadre de référence sur l'amélioration continue de la qualité*² rédigé par le Centre de santé et de services sociaux d'Achamps et Montréal-Nord (CSSSAM-N).

¹ AQESSS, Guide de la gestion intégrée de la qualité, 2008, 106 pages.

² CSSSAM-N, Cadre de référence sur l'Amélioration continue de la qualité, 2011, 36 pages.

1. LES ASSISES SOUTENANT LE PROGRAMME D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

1.1 La mission et la vision de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay

« La Résidence a pour mission d'offrir de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations.

La mission d'un tel centre peut comprendre l'exploitation d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour. »

En vertu de cet énoncé législatif, on reconnaît aux CHSLD une double vocation : l'hébergement et le partenariat avec le maintien à domicile.

LA RÉSIDENCE BERTHIAUME-DU TREMBLAY
A pour mission de :
Permettre aux aînés de bien vieillir
accompagnés de leurs proches
dans un environnement approprié

Par

- Un milieu de vie sécuritaire, innovant, stimulant et chaleureux
- Une offre de soins et services de qualité
- Un partenariat avec l'aîné, ses proches, le personnel et la communauté
- Un accompagnement et une approche personnalisée

A pour vision :
Des gens heureux et sereins qu'importe l'étape de leur vie
grâce à l'excellence et à l'implication d'une communauté engagée et humaine

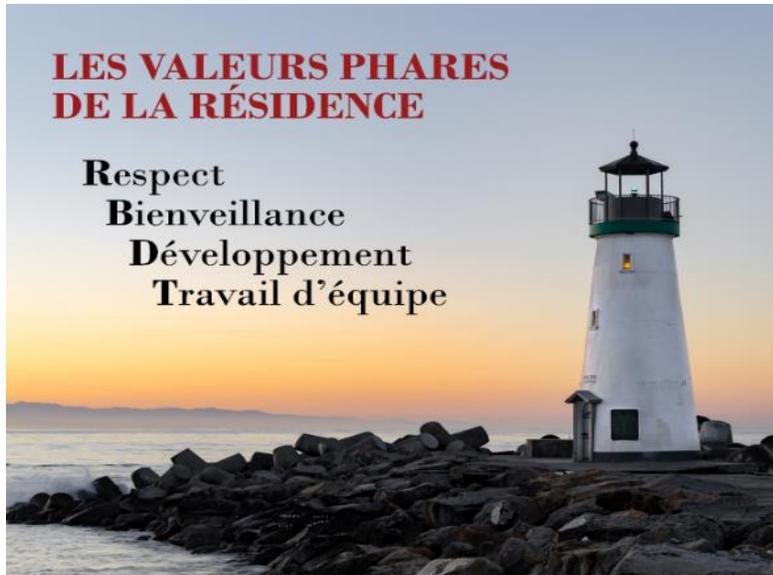
LA RÉSIDENCE BERTHIAUME-DU TREMBLAY
« plus qu'une résidence; un chez-soi ... »

L'engagement de toutes les personnes interpellées par la poursuite de cette mission fait en sorte que la Résidence est en mesure d'offrir un milieu de vie enviable aux résidents, aux usagers du Centre de jour et aux locataires des Résidences Le 1615 et Le 1625 ainsi qu'un milieu de travail stimulant aux membres de son personnel.

L'établissement se distingue par sa capacité d'adapter ses services et ses soins aux besoins de ses clientèles de même que par les activités de formation qu'elle offre à son personnel dans un environnement clinique favorable.

1.2 Les valeurs phares

Les valeurs à la base de ce programme se conjuguent à celles véhiculées dans l'établissement :



1.3 La philosophie d'intervention

Les responsables et le personnel de la Résidence prônent une vision humaniste des aînés, de leur travail et de leur environnement. Le bien-être de la clientèle prévaut sur l'ensemble des préoccupations.

La philosophie d'intervention de la Résidence repose sur quatre grands principes :

- Une approche biopsychosociale et interdisciplinaire c'est-à-dire une approche globale qui intègre les aspects physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et religieux de l'utilisateur;

- Le vieillissement considéré comme une étape normale de la vie;
- La valorisation de l'implication de l'utilisateur et de ses proches par une approche participative;
- Une approche basée sur le respect et le rythme de l'utilisateur.



1.4 Les objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité

La démarche vise une réponse optimale aux besoins des usagers en utilisant un processus systématique de définition et d'amélioration continue de tous les aspects des services offerts.

Le programme vise donc à :

- Déterminer une approche, un cadre et un langage communs pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services;
- Soutenir une approche centrée sur la satisfaction de la clientèle;
- Sensibiliser et mobiliser tous les acteurs concernés vers une gestion intégrée des différentes dimensions de la qualité des soins et des services dispensés à la clientèle;
- Favoriser l'intégration et l'implantation d'activités liées à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services dans tous les secteurs de l'établissement;
- Mesurer les résultats par l'élaboration et l'intégration d'outils de suivis efficaces.



1.5 Les conditions de réussite

Dans un contexte de changement perpétuel, la continuité et la constance de la gestion intégrée de la qualité doivent être à la base de toutes les activités

de l'établissement. Pour y parvenir, des conditions spécifiques doivent être en place.

- **Bénéficiaire d'une gouvernance optimale et d'un leadership de gestion mobilisateur**

La gouvernance fait appel à différentes instances ayant une influence dans la gestion de la qualité et de la sécurité des soins et services offerts aux usagers. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, le conseil d'administration de la Résidence et la direction se partagent cette responsabilité.

La Résidence investit dans une gouvernance optimale en s'assurant que chaque groupe d'acteurs utilise les cinq fonctions suivantes en cohérence les unes avec les autres :

- Le respect de la mission, de la vision et des valeurs;
- La collecte d'information, l'utilisation et la diffusion de connaissances (évaluation des besoins des usagers et des besoins de formation du personnel);
- L'utilisation d'un ensemble de moyens (ex. : indicateurs, politiques, règles, mesures) pour assurer l'atteinte de ses buts (mission, valeurs) en tenant compte des ressources disponibles;
- La gestion des relations avec les partenaires;
- L'efficacité des mesures de contrôle et de suivi.



L'établissement mise sur un leadership mobilisateur en matière de qualité et de sécurité afin de favoriser la mobilisation des acteurs et développer un sentiment d'appartenance fort.



■ Investir dans une culture de qualité

- En favorisant la participation et l'implication des résidents, des usagers et de leurs proches dans la prise de décisions liée à la dispensation des soins et des services, dans les orientations organisationnelles ainsi que dans les projets d'amélioration continue de la qualité des services et de la sécurité;
- En donnant la parole aux usagers et à leurs proches et en sollicitant leur participation pour bien connaître les besoins des usagers afin de rendre le service attendu et approprié;
- En adoptant une démarche participative avec les employés en privilégiant :
 - Le travail d'équipe et la mobilisation autour d'objectifs communs;
 - L'interdisciplinarité et le partage d'expertises;
 - L'implication, l'engagement et l'imputabilité des intervenants.
- En évaluant le travail accompli afin de permettre :
 - Un dialogue objectif entre les intervenants;

- La distinction entre les faits, les opinions et les préjugés;
 - La prise de décision éclairée à partir d'éléments factuels;
 - La mise en contexte des changements;
 - L'amélioration continue des processus;
- En investissant dans une communication efficace relative à la démarche d'amélioration continue de la qualité visant à :
- Partager le sens de la démarche et les besoins d'amélioration;
 - Soutenir les membres du personnel dans leur engagement envers la qualité des soins offerts aux usagers;
 - Partager des idées novatrices;
 - Valoriser les différents acteurs qui ont participé aux projets d'amélioration de la qualité;
 - Faire connaître régulièrement les résultats de la démarche entreprise, tant à l'interne qu'à l'externe.

*« Dis-moi et j'oublie,
Montre-moi et je peux me souvenir,
Inclus-moi et je comprendrai. »
Proverbe chinois*

■ **Disposer des ressources requises en qualité et en quantité**

■ Les ressources humaines

Dans le cadre de l'application de son Plan de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines (PMDRH), la Résidence s'assure de la formation continue du personnel en place. Elle s'assure également du développement des compétences et de l'évaluation des pratiques par un processus d'appréciation de la contribution de chaque employé dans tous les secteurs, par des

stratégies de reconnaissance diversifiées et par un plan de relève de son personnel cadre et non cadre (PPE).

- Les ressources informationnelles

L'information est un élément essentiel à la démarche de gestion intégrée de la qualité et de la sécurité. Les principales sources d'information dont dispose la Résidence pour y arriver sont les suivantes :

- Les guides de pratiques cliniques;
- Les données probantes de nature clinique ou administrative;
- Les données sur la clientèle;
- Les indicateurs et tableaux de bord;
- Les normes et règlements en vigueur.



LES FORCES NOVATRICES ET TRANSFORMATIVES

Tiré de : <http://www.fcass-cfhi.ca/PublicationsAndRessources/RessourcesAndTools/six-levers>

■ Mesurer en utilisant des méthodes créatives et des outils novateurs

Pour obtenir des améliorations significatives rapidement, l'établissement a recours à des méthodes structurées et à des outils dont voici quelques exemples :

- Les audits cliniques, techniques ou liés à la sécurité de l'information;
- Les statistiques et les tableaux de compilation de données;
- Les politiques et outils d'appréciation et de contrôle de la qualité dans les différents secteurs d'activités de l'établissement;
- Les analyses des données reliées à la gestion des risques;
- Les ateliers participatifs en intelligence collective.



2. LA QUALITÉ

La démarche d'amélioration continue de la qualité est un processus dynamique ponctué régulièrement par la visite de différents organismes externes qui valident la démarche d'amélioration continue de la qualité interne. Ces organismes externes aident à la validation du niveau de conformité des pratiques professionnelles et administratives ainsi qu'à la qualité des soins et des services rendus à la clientèle à l'égard des normes reconnues.

La Résidence a été agréée en 2006, 2009 et agréée avec mention en 2012. Elle a fièrement maintenu son statut d'Agrément avec mention en 2016. Elle adhère aux dimensions de la qualité identifiées par Agrément Canada. Ces huit dimensions, évaluées et mesurées par des indicateurs, servent non seulement au processus de la démarche d'agrément, mais sous-tendent toutes les autres démarches visant l'amélioration continue de la qualité des soins, des services et des processus de travail.

*« On améliore
ce que l'on mesure. »*

Auteur inconnu

2.1 Les dimensions de la qualité³

Dimensions de la qualité



Sécurité



Assurez ma sécurité



Services centrés sur l'utilisateur



Collaborez avec moi et ma famille à mes besoins



Milieu de travail



Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi



Efficiences



Utilisez les ressources le plus adéquatement possible



Pertinence



Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats



Accessibilité



Offrez-moi des services équitables en temps opportun



Accent sur la population



Travaillez avec ma communauté pour prévoir mes besoins et y répondre



Continuité des services



Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins

³ Agrément Canada, 2019

2.2 Les quatre perspectives de la qualité

Carburant essentiel à la gestion intégrée de la qualité, la diversité des sources d'informations demeure indispensable au travail des acteurs impliqués dans la démarche d'amélioration de la qualité.

Le modèle retenu intègre toutes les sources d'information pouvant servir à la démarche d'amélioration continue de la qualité. Les attentes et les besoins des usagers et le point de vue du personnel, des gestionnaires, des médecins, des bénévoles et de toute personne œuvrant dans l'établissement permettent de définir la qualité. L'expertise formelle de ces mêmes personnes, jointe à la rétroaction des usagers et de leurs proches permettent également d'évaluer l'atteinte du niveau souhaité de la qualité.

■ La qualité attendue

La qualité attendue implique la connaissance et la bonne compréhension des attentes et des besoins des usagers.

L'information relative à cette perspective de la qualité se retrouve dans plusieurs sources : le profil de la population du CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal avec lequel la Résidence est partenaire, les documents d'orientation du MSSS, les rapports et études et le profil des usagers.

C'est le début de la démarche où on identifie et précise les besoins et les attentes de l'utilisateur en relation avec le mandat de la Résidence.



*La dimension de la qualité traitée à ce niveau est :
Accent sur la population.*

■ La qualité voulue

La qualité voulue réfère à la qualité que les gestionnaires et les professionnels recherchent en fonction de l'état de leurs connaissances, des normes professionnelles et administratives ainsi que des guides de bonnes pratiques.

La qualité voulue réfère également au code d'éthique, aux valeurs et aux orientations stratégiques qui guident les actions de chaque membre qui œuvre dans l'établissement.

C'est ici que l'on définit ce qu'on a l'intention de faire. C'est ici également que l'on développe, réalise et met en œuvre la qualité des services.

	<i>Les dimensions de la qualité traitée à ce niveau sont : Accessibilité,</i>
	<i>Sécurité,</i>
	<i>Milieu de travail,</i>
	<i>Services centrés sur l'utilisateur,</i>
	<i>Continuité des services.</i>

■ La qualité rendue

La qualité rendue réfère à la notion d'évaluation des services fournis par la Résidence. Différents processus permettent de mesurer l'atteinte des cibles, de mesurer les effets et de vérifier les résultats obtenus.

La qualité rendue est le résultat des moyens entrepris par l'organisation pour atteindre la qualité voulue et la qualité attendue. Elle permet de démontrer les écarts entre la qualité attendue et la qualité voulue et contribue à l'ajustement des autres dimensions de la qualité. Parmi les activités qui nous permettent d'évaluer la qualité rendue, mentionnons :

- L'analyse de la performance, dont les exercices d'appréciation et de contrôle de la qualité;
- La démarche d'agrément;
- Les rapports des ordres professionnels;
- Les rapports des visites ministérielles;
- L'appréciation de la contribution du personnel;
- Les documents d'analyse reliés à la gestion des risques et de la qualité;
- Les indicateurs de gestion et de performance de l'établissement par rapport aux cibles déterminées.



Il s'agit de l'étape de contrôler et de vérifier à l'aide d'indicateurs que les actions mises en place sont efficaces et efficientes. L'évaluation objective de la qualité rendue, combinée à la qualité perçue, permet l'ajustement des objectifs organisationnels et des plans d'action qui en découlent.

	<i>Les dimensions de la qualité traitées à ce niveau sont : Efficience et ...</i>
	<i>Pertinence</i>

■ La qualité perçue

La qualité perçue réfère aux services rendus et aux résultats obtenus, tels que perçus par les usagers, le personnel et les partenaires.

La qualité perçue s'apprécie par différents moyens dont les questionnaires de satisfaction des usagers et du personnel, l'examen des plaintes, l'auto-évaluation en vue d'une visite d'agrément et les commentaires du comité des usagers, des membres du comité de l'approche partenaire et ceux du personnel.

La qualité perçue est subjective, mais elle n'en demeure pas moins un outil précieux nous permettant de réaliser l'écart de satisfaction entre la qualité attendue et la qualité perçue et ainsi réagir pour améliorer la qualité des soins et services. À cette étape on doit réagir et améliorer ce qui est en place.



Les perspectives de la qualité⁴



⁴ Adapté du Guide de la gestion intégrée de la qualité de l'AQESSS, 2008.

2.3 Le processus d'amélioration continue de la qualité

La démarche d'amélioration de la qualité de la Résidence est un processus d'apprentissage et d'amélioration dont le point de départ et le point d'arrivée demeurent toujours la satisfaction des besoins et des attentes des usagers.

La norme sur l'évaluation de l'amélioration de la qualité d'Agrément Canada⁵ est fondée sur le modèle d'amélioration de Langley qui met l'accent sur 3 questions fondamentales :

- Que tentons-nous d'accomplir?
- Comment saurons-nous si un changement représente une amélioration?
- Quel changement pourrons-nous apporter qui mènerait à une amélioration?

Concrètement, la Résidence adopte le processus bien représenté par la Roue de Deming (Edwards Deming 2002) qui comporte quatre étapes connues sous l'acronyme de PEMA.

ÉTAPE 1 : PLANIFIER - Que voulons-nous faire ou améliorer?

(réfère à la qualité attendue et voulue)

Préparer le changement, définir les objectifs SMART (spécifique, mesurable, acceptable, réaliste et temporellement défini), les moyens et les indicateurs.

- Se préparer;
- S'entendre sur le problème : que voulons-nous améliorer ? ;
- Identifier les écarts;
- Identifier les cibles;
- Décider qui le fera;
- Définir l'outil : le plan d'amélioration.

⁵ Guide sur l'évaluation de l'Amélioration de la qualité et des indicateurs de qualité, Agrément Canada, 2014

ÉTAPE 2 : EXPÉRIMENTER - Quelles actions sont déployées?

Mise en œuvre des actions planifiées, c'est dans cette phase que le plan d'amélioration est implanté.

- Agir;
- Accomplir;
- Documenter les problèmes et les imprévus;
- Vérifier si la solution retenue résout le problème rencontré.

ÉTAPE 3 : MESURER - Quel est l'impact de ce que nous faisons? (réfère à la qualité rendue et perçue)

Évaluer les écarts, comprendre les résultats obtenus.

- Faire le bilan des actions;
- Évaluer et contrôler les résultats;
- Mesurer les indicateurs de performance;
- Mettre en évidence les différences entre la situation initiale et la situation souhaitée.

Étape 4 : AJUSTER - Que pense-t-on de ce que nous faisons?

Corriger le tir en fonction des résultats, adopter les changements si les résultats sont positifs.

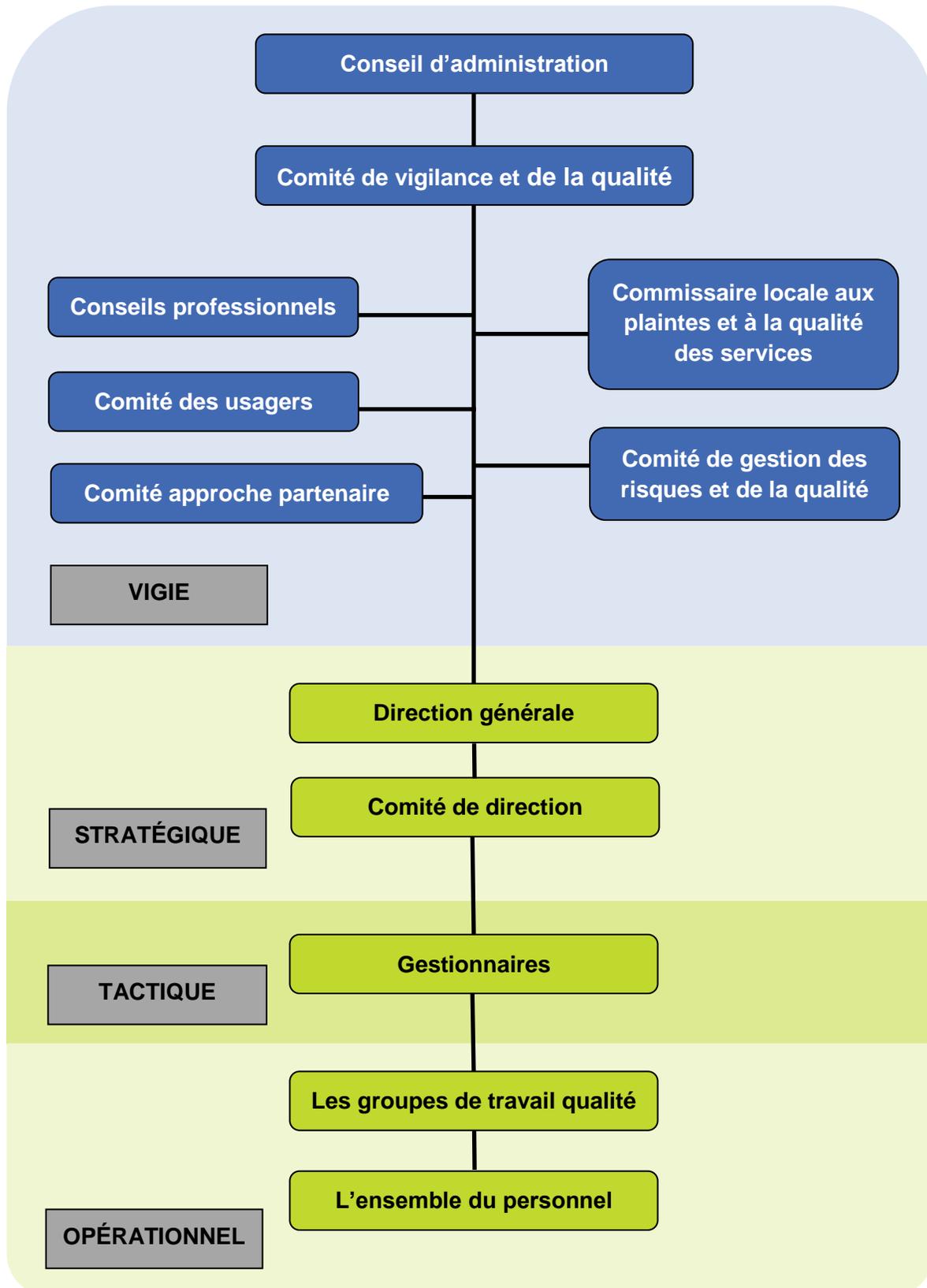
- Réagir, corriger la solution mise en place, s'il y a lieu;
- Adopter les changements positifs;
- Apporter les modifications nécessaires si les objectifs ne sont pas atteints;
- Rechercher de nouvelles pistes d'amélioration;

- Identifier les prochaines cibles d'amélioration;
- Encourager les réussites.

LE CYCLE DE DEMING



La structure de la démarche qualité



3. LA STRUCTURE DE LA DÉMARCHE QUALITÉ ET LES RESPONSABILITÉS DES PRINCIPAUX ACTEURS

3.1 Le niveau Vigie : La gouvernance

▪ LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration détermine les orientations d'amélioration continue de la qualité, approuve le programme cadre et s'assure de son application. Il doit également s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins et services dispensés. De même, il doit veiller au respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

▪ LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le comité de vigilance et de la qualité est le mandataire du conseil d'administration. Il s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services.

À cette fin, il doit, entre autres recevoir et analyser les rapports et les recommandations portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services, le respect des droits des usagers et le traitement de leurs plaintes. Par la suite, il doit formuler les recommandations appropriées au conseil d'administration sur les suites à donner à ces rapports. Il doit également s'assurer du suivi de l'application de ces recommandations par le conseil d'administration.

▪ LES CONSEILS PROFESSIONNELS

Les conseils professionnels (CII, CIIA, CMDP) rendent compte au conseil d'administration de la qualité des actes posés par les professionnels qu'ils représentent. Ils doivent fournir une expertise clinique et émettre des recommandations auprès des membres du conseil d'administration et s'assurer de l'existence de mécanismes de contrôle de qualité. Ils ont aussi pour rôle de sensibiliser les professionnels à leurs responsabilités individuelles concernant la gestion des risques et de la qualité.

▪ LE COMITÉ DES USAGERS

Le comité des usagers a pour mandat de renseigner les usagers sur leurs droits et obligations, de défendre et promouvoir la qualité du milieu de vie, d'évaluer la satisfaction des usagers à l'égard des services dispensés par l'établissement et de défendre les droits et intérêts collectifs et/ou individuels des usagers.

▪ LE COMITÉ APPROCHE PARTENAIRE

Le comité Approche Partenaire a un rôle consultatif avant l'implantation de changements concernant des processus, de nouvelles politiques et procédures, de nouveaux projets ou de nouvelles activités pour les usagers et leurs proches. Il est composé de résidents et de proches qui voient à nous transférer leur savoir expérientiel pour nous permettre d'ajuster nos façons de faire.

▪ LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services collabore activement à la démarche d'amélioration de la qualité par ses obligations prévues par la loi. Elle s'assure de la promotion du régime d'examen des plaintes et de son application, diffuse l'information sur les droits et obligations des usagers et sur le code d'éthique et en fait la promotion. Elle prête assistance à l'utilisateur dans ses démarches de plaintes et intervient lors de faits rapportés présentant des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ne sont pas respectés.

▪ LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Le comité de gestion des risques et de la qualité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident dans le but :

- D'assurer la sécurité des usagers;
- De s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;

- D'assurer un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et accidents aux fins d'analyse des causes;
- De recommander au comité de vigilance et de la qualité et/ou à la direction la prise de mesures visant à prévenir la récurrence des incidents/accidents.

3.2 Le niveau stratégique

▪ LA DIRECTION GÉNÉRALE

La direction générale assume le leadership de la qualité au sein de la Résidence. Ses responsabilités face à l'organisation sont de promouvoir les orientations et les valeurs en matière de qualité des soins et de sécurité des usagers.

La direction générale assume aussi un leadership fort auprès de l'équipe de direction, formule clairement les attentes sur toutes questions de sécurité et de qualité de soins et s'assure en collaboration avec la direction qualité, communication et ressources informationnelles de la mise en œuvre du programme cadre d'amélioration continue de la qualité. La direction qualité, communication et ressources informationnelles joue un rôle conseil en matière de qualité auprès de la direction générale et s'assure de planifier, coordonner et contrôler la qualité et la gestion des risques dans l'organisation.

Face au conseil d'administration, la direction générale assure une reddition de compte sur les cibles d'amélioration fixées. Elle fournit également au conseil d'administration les informations dont ce dernier a besoin pour assurer ses responsabilités à l'égard de la qualité et de la sécurité. La direction générale assure également le lien entre le conseil d'administration et les instances internes en matière de qualité et de sécurité.

▪ LE COMITÉ DE DIRECTION

Le comité de direction est l'instance formelle chargée de la qualité. L'ensemble des membres du comité de direction a accès à l'information pertinente et participe aux décisions relatives au programme intégré de la qualité.

Le comité de direction est responsable de l'opérationnalisation du programme d'amélioration continue de la qualité. Il établit les objectifs de la Résidence en matière de qualité et de sécurité en tenant compte des orientations formulées par le conseil d'administration. Il contribue à l'identification des priorités, priorise les objectifs d'amélioration continue de la qualité des soins et des services et effectue un suivi sur les résultats atteints par les équipes.

Le comité de direction assure le suivi du plan d'action général de l'organisation et doit rendre compte du degré d'avancement des cibles d'amélioration fixées.

3.3 Le niveau tactique

■ LES GESTIONNAIRES

Chaque gestionnaire est responsable de la qualité et de la sécurité des soins et services offerts dans son secteur d'activités. À ce titre, il exerce un leadership et s'assure de l'implication de tout son personnel. Il est un des acteurs importants pour mobiliser et mettre en place les conditions pour que s'enclenchent les travaux sur l'amélioration de la qualité. Son adhésion, son engagement et sa collaboration sont indispensables. Le gestionnaire assure le lien entre les niveaux opérationnel (les équipes sur le terrain) et stratégique (le comité de direction).

Plus spécifiquement, la conseillère en gestion des risques et de la qualité assure un rôle conseil auprès des gestionnaires et de l'équipe de direction dans la gestion de tous les programmes relatifs à la gestion des risques et de la qualité.

3.4 Le niveau opérationnel

■ LES GROUPES DE TRAVAIL QUALITÉ

Ces groupes, composés d'un nombre restreint de membres du personnel, de gestionnaires, d'usagers, de proches et/ou de médecins sont mandatés pour répondre à un problème particulier, améliorer l'organisation ou tout simplement pour assurer un suivi. Parmi ces groupes, mentionnons :

- ✓ Comité ethnoculturel;
- ✓ Comité nutrition;
- ✓ Comité confidentialité;
- ✓ Les équipes de la démarche d'agrément;
- ✓ Comité de coordination des mesures d'urgence;
- ✓ Comité de planification des mesures d'urgence;
- ✓ Comité paritaire en santé et sécurité du travail;
- ✓ Comité sur la sécurité des actifs informationnels;
- ✓ Comité informatique;
- ✓ Comité d'accompagnement en fin de vie et d'éthique clinique;
- ✓ Comité médico-pharma-nursing;
- ✓ Comité lingerie;
- ✓ Comité qualité du milieu de vie;
- ✓ Comité aménagement et décoration du milieu de vie;
- ✓ Comité communication;
- ✓ Comité gestion des fournitures médicales / équipement;
- ✓ Comité qualité du milieu de travail;
- ✓ Comité éthique;
- ✓ Comité philanthropie;
- ✓ Comité source de revenus;
- ✓ Etc.

■ L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

Ce sont tous les membres du personnel étant en première ligne dans la prestation de services à la clientèle. Ils sont impliqués directement dans chaque étape du processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de leur secteur d'activités.

Ils sont les artisans, les porteurs de l'amélioration continue de la qualité !

CONCLUSION

Le programme cadre d'amélioration continue de la qualité regroupe tous les aspects essentiels pour atteindre les objectifs en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services offerts à la Résidence Berthiaume-Du Tremblay, au Centre de jour et aux Résidences Le 1615 et Le 1625.

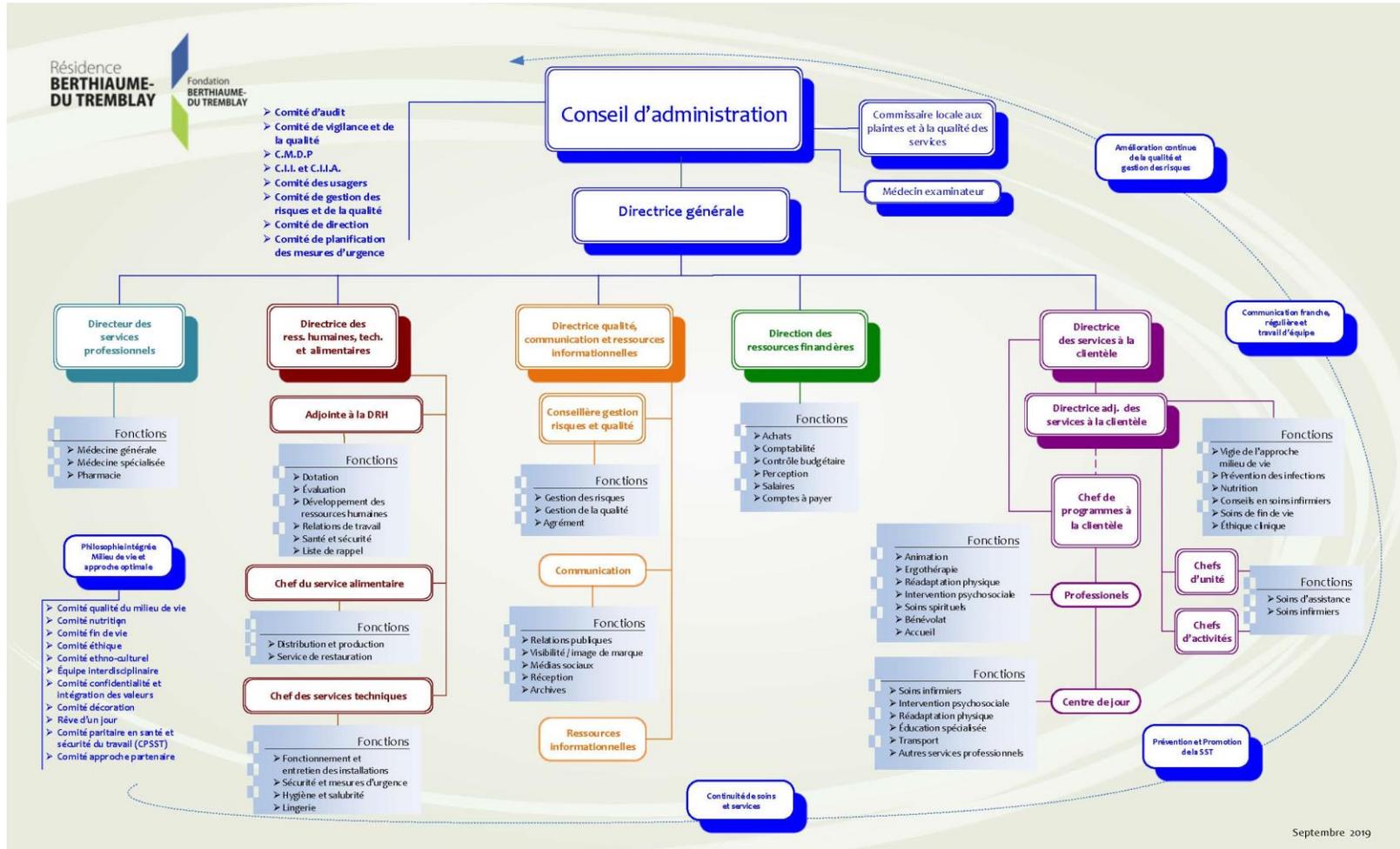
Le succès de ce programme repose sur la mobilisation de tous. L'intégration de cette démarche à la gestion quotidienne constitue un défi permanent qui interpelle chacun des acteurs, tant individuellement que collectivement.

Par ce programme, la Résidence Berthiaume-Du Tremblay, démontre son engagement ferme envers la qualité et la sécurité à tous les niveaux et dans tous les secteurs d'activités de l'établissement.



La Résidence Berthiaume-Du Tremblay, Bâisseur de qualité !

ORGANIGRAMME DE L'ÉTABLISSEMENT



BIBLIOGRAPHIE

Agrément Canada, *Introduction au programme conjoint d'agrément*, 2008.

Agrément Canada, Guide sur l'évaluation de l'Amélioration de la qualité et des indicateurs de qualité, 2014.

AQESSS, *Guide de la gestion intégrée de la qualité*, janvier 2009.

Centre de santé et de services sociaux Ahuntsic et Montréal-Nord, *Cadre de référence sur l'amélioration continue de la qualité*, septembre 2011.

Centre de santé et de services sociaux Saint-Léonard et Saint-Michel, *Programme cadre de gestion intégrée de la qualité*, mars 2010.

Résidence Riviera Inc., *Programme de la gestion intégrée de la qualité des services*, mars 2010.

Centre de santé et de services sociaux Drummond, *Programme cadre pour l'amélioration continue de la qualité des soins et des services*, janvier 2009.

Centre de santé et de services sociaux Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, *Programme intégré d'amélioration continue de la qualité*, 2011.

<http://www.fcass-cfhi.ca/PublicationsAndRessources/RessourcesAndTools/six-levers>.