



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum^{MD}
Soins de longue durée

CHSLD Age 3

Rapport publié : 29/11/2023

Table des matières

À propos d’Agrément Canada	3
À propos du rapport d’agrément	3
Confidentialité	3
Sommaire	5
À propos de l’organisation	5
Aperçu des observations de l’équipe de visiteurs	6
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	7
Aperçu du programme	8
Statut d’agrément	9
Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément	9
Pratiques organisationnelles requises	10
Résultats de l’évaluation divisés par chapitre	12
Gouvernance et leadership	12
Modèles de prestation de soins	16
Gestion des situations d’urgence et des catastrophes	18
Prévention et contrôle des infections	20
Gestion des médicaments	21
Expérience de soins des résidents	22
Aperçu de l’amélioration continue de la qualité	24

À propos d'Agrément Canada

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

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

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

À propos du rapport d'agrément

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

Dans le cadre de ce programme, l'organisation a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 30/10/2023 à 02/11/2023.

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

Confidentialité

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

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

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

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

Sommaire

À propos de l'organisation

CHSLD Age3 Inc. est un établissement privé conventionné qui compte deux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces établissements accueillent des personnes âgées dont la condition requiert une surveillance constante, des soins spécialisés et dont le maintien à domicile n'est plus possible. Les équipes assurent le suivi clinique, la gestion des médicaments, les soins d'hygiène, les soins spécialisés (ergothérapie, physiothérapie, etc.) et plusieurs activités d'animation et de loisirs.

Le CHSLD St-Jude, qui a été fondé en 1957, dispose de 204 lits d'hébergement permanent répartis sur 4 étages, dont 20 chambres simples et 92 chambres doubles. Il est situé sur le territoire du CISSS de Laval. Le CHSLD Saint-Vincent-Marie, qui a pour sa part été fondé en 1958, compte 66 lits d'hébergement permanent répartis sur deux étages en chambres simples. Celui-ci est situé sur le territoire du CISSS du Nord de l'Île de Montréal.

L'organisation est sous la gouverne d'un propriétaire unique, soit le président-directeur général, qui s'assure que l'équipe de direction œuvre en toute cohérence avec les valeurs qu'il prône, en priorisant la qualité, la sécurité et le bien-être des résidents. De nombreux outils de gestion, tableaux de bord, rapports de surveillance et comptes-rendus sont transmis au président-directeur général, ce qui lui permet de gouverner avec les informations nécessaires au bon déroulement des activités. Un comité de gestion des risques et un comité de vigilance et de la qualité sont aussi en place, en vue d'exercer une vigie des secteurs de vulnérabilité. Les activités communicationnelles sont exercées à la direction générale.

La structure organisationnelle permet une grande agilité pour actualiser rapidement les décisions qui émanent de la direction. La directrice générale, en poste depuis de nombreuses années, démontre un leadership constructif, bienveillant et rigoureux. L'équipe est fortement engagée dans la recherche constante de l'amélioration de la qualité et de la sécurité, de nombreux exemples témoignant de ce fait. Un climat de confiance règne entre la gouvernance et la direction, ce qui permet de faire évoluer l'organisation efficacement vers l'atteinte des objectifs organisationnels. Un comité clinique directeur et un comité clinique opérationnel veillent au bon déroulement des soins et des services aux résidents, en fonction des meilleures pratiques basées sur des données probantes.

Les partenaires consultés ont souligné l'excellence du lien de collaboration qui existe entre les parties. Tous mentionnent une communication fluide, des réflexions et des décisions préventives, centrées sur la sécurité, la qualité et le bien-être des résidents et des employés. Certains se disent impressionnés par la personnalisation des suivis et la rapidité des actions. Depuis deux ans, certains changements dans l'organisation ont permis de rehausser encore davantage l'exercice d'un leadership sain et dynamique, tant au niveau administratif que clinique.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Les activités des deux centres d'hébergement dirigés par l'équipe du CHSLD Age3 témoignent d'une saine gouvernance et d'une gestion centrée sur la qualité et la sécurité des résidents. Nous invitons l'organisation à approfondir le processus de divulgation des événements indésirables, afin que la rétroaction suite à une divulgation soit recueillie, consignée et analysée afin d'en améliorer le processus.

Au chapitre de l'excellence des services, notons tous les efforts qui ont été consentis pour s'assurer d'une main-d'œuvre compétente et fiable dans l'exercice de ses fonctions. Que ce soit par des formations, le processus de l'appréciation de la contribution, les activités de reconnaissance, le soutien clinique, les principaux éléments sont en place pour favoriser l'excellence des soins.

En ce qui concerne la préparation aux mesures d'urgence, plusieurs travaux facilitant l'approche ont été réalisés. Nous encourageons l'établissement à aller plus loin en effectuant, notamment, des exercices pratiques sur les différents codes et en analysant par la suite des résultats en vue d'y apporter des améliorations.

Au CHSLD Age-3, l'équipe visiteuse a constaté que les équipes soignantes démontrent de la bienveillance et du respect dans l'approche relationnelle de soins prodiguée aux résidents, de même qu'une gestion sécuritaire de soins et des services dans les pratiques.

Plusieurs politiques, procédures et protocoles encadrent les pratiques et sont mis en œuvre dans les interventions reliées aux différents programmes. Notons entre autres la prévention et le contrôle des infections, la gestion des médicaments et la gestion des risques. La présence de l'équipe interdisciplinaire et son implication dans la trajectoire démontrent une préoccupation d'offre de soins appropriée aux besoins des résidents.

Au CHSLD Saint-Vincent-Marie, l'environnement physique est favorable, étant doté de grands espaces qui facilitent le déplacement des résidents en toute sécurité. Des corridors non encombrés qui répondent aux normes de sécurité en prévention des infections sont accessibles.

Toutefois, au CHSLD St-Jude, force est de constater que de nombreux défis en lien avec l'environnement physique mettent à risque la sécurité des résidents, notamment en matière de prévention et contrôle des infections, malgré la rigueur du personnel dans la dispensation des soins et des services. Un dossier, le Projet EPC Signature, a été déposé au ministère à ce sujet, avec l'objectif de doter le centre d'hébergement CHSLD St-Jude d'un nouveau bâtiment. Nous encourageons les parties à convenir rapidement des suites reliées à cette demande, la sécurité des pratiques, notamment en matière de prévention et contrôle des infections étant grandement à risque.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Les domaines d'excellence observés au sein du CHSLD Age3 sont :

- Dynamisme et humanisme du comité de direction et des gestionnaires
- Gestion de proximité
- Équipes mobilisées et engagées dans le mieux-être des résidents
- Engagement organisationnel tangible envers la qualité et la sécurité
- Nombreux mécanismes de surveillance de la qualité
- Partenariat très positif, constructif et agile
- Mécanismes de communication simples et efficaces avec les employés, les résidents et leurs proches

Les principales opportunités d'amélioration sont :

- Poursuivre activement les démarches auprès du ministère concernant l'environnement physique au CHSLD St-Jude
- Intensifier les efforts de stabilisation de la main-d'œuvre
- Impliquer davantage les résidents à tous les niveaux
- Obtenir la rétroaction des résidents et des familles suite à une divulgation d'un événement indésirable
- Établir un calendrier pour réaliser des audits

Aperçu du programme

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

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

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

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

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

Chapitre 1 : Gouvernance et leadership

Chapitre 2 : Modèles de prestation de soins

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

Chapitre 4 : Prévention et contrôle des infections

Chapitre 5 : Gestion des médicaments

Chapitre 6 : Expérience de soins des résidents

Statut d'agrément

Le statut d'agrément de CHSLD Age 3 est :

Agrée avec mention

L'organisation a dépassé les exigences fondamentales du programme d'agrément.

Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément

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

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

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

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

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

Tableau 1. Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Sur place
CHSLD Age 3 - CHSLD St-Jude	✓
CHSLD Age 3 - CHSLD St-Vincent Marie	✓

Pratiques organisationnelles requises

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

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

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

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gestion des médicaments	Sécurité liée aux narcotiques	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	4 / 4	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des chutes et réduction des blessures	6 / 6	100.0%
Expérience de soins des résidents	Soins de la peau et des plaies	8 / 8	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des plaies de pression	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention du suicide	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Identification des usagers	1 / 1	100.0%
Expérience de soins des résidents	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Sécurité liée aux pompes à perfusion	0 / 0	0.0%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Gouvernance et leadership

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

Évaluation du chapitre: 93.5% des critères sont conformes

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

Résultats de l'évaluation :

Sous-chapitre : Gouvernance

La gouvernance du CHSLD Age3 a procédé à l'élaboration de la Planification stratégique 2021-2024, qui comporte quatre objectifs prioritaires, soit : consolider la mise en place du modèle conceptuel de soins, être un employeur de choix, optimiser les communications et finalement, avoir une gestion efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

La vision de l'organisation fait référence au fait d'être reconnu pour des soins et des services novateurs et de grande qualité, permettant d'attirer une main-d'œuvre compétente, pour offrir la meilleure expérience possible aux résidents. Les valeurs qui guident les décisions et les interventions au quotidien sont le respect, l'approche relationnelle, la communication, la mobilisation et l'engagement, de même que le professionnalisme. L'équipe visiteuse a été en mesure d'observer de nombreux exemples qui témoignent du fait que ces valeurs sont bien ancrées dans l'organisation, et ce, à tous les niveaux.

De cet exercice triennal de gestion se décline un plan opérationnel par service, dont les objectifs sont en toute cohérence avec les différents axes de travail déterminés par la planification stratégique. L'équipe a choisi d'en extraire certains aspects qu'elle a intégrés dans un plan global d'amélioration continue de la qualité, en concordance avec les meilleures pratiques prônées par Agrément Canada. Une grande logique s'est installée dans l'ensemble du système de gestion, pour s'assurer de l'atteinte des objectifs organisationnels.

La politique DG-015-POL encadre bien les devoirs et obligations des administrateurs, de même que leur code de déontologie. La communication avec le conseil d'administration, composé d'une personne, soit le propriétaire, est fluide et efficace. Toutefois, les rôles et responsabilités de chacune des parties ne sont pas formalisés ni encadrés. Ils reposent essentiellement sur la compréhension du rôle de chacun, ce qui peut devenir un enjeu, surtout lors de changement de gouverne ou de détenteur de poste. Le conseil doit tenir compte des lois applicables lorsqu'il définit ou met à jour les rôles, les responsabilités et les obligations redditionnelles. Nous invitons l'organisation à se doter d'un tel outil d'encadrement qui balisera clairement les champs de compétence de chacun et assurera la complémentarité des rôles de façon pérenne.

Une culture de soins centrée sur les personnes est présente. Des mécanismes sont en place pour obtenir chaque année les avis et les commentaires des résidents, des familles ou des proches aidants, sur différents sujets. Des modifications sont alors apportées dans la planification et la conception des services dans une vision d'amélioration continue. Par ailleurs, des informations, outre que via la pochette d'accueil, sont transmises au fur et à mesure des événements et des activités, notamment par le biais de Facebook, de courriels et de communiqués.

Le processus de recrutement du directeur général n'a pas eu à être activé depuis de nombreuses années. Néanmoins, la direction des ressources humaines confirme que la préparation de ce processus est prévue sous peu. Dans une perspective de suivi et de saine gouvernance, nous invitons le conseil à déterminer des objectifs annuels de niveau stratégique, à en convenir avec la direction générale et en assurer le suivi en termes de réalisation.

Le conseil d'administration, composé du président-directeur général, reçoit les rapports nécessaires à l'accomplissement de sa fonction, ce qui facilite l'approbation des budgets d'immobilisation et d'exploitation de l'organisation. La qualité, la sécurité et l'expérience des résidents sont au cœur des décisions de l'établissement. Des mécanismes de surveillance et de rétroaction sont d'ailleurs en place pour que le conseil d'administration reçoive l'information nécessaire pour bien assumer ses responsabilités. Tous les tests de conformité à ce sujet démontrent la réussite de cette pratique organisationnelle requise (POR) en matière de gouvernance.

Sous-chapitre : Leadership

Un milieu de travail sain et sécuritaire est une préoccupation bien présente au sein de l'organisation. Lors de nos échanges avec la direction, il nous a été partagé le fait qu'une approche globale de promotion et de soutien de santé et sécurité organisationnelle était un dossier à rassembler et à faire connaître, sous la responsabilité de la nouvelle direction des ressources humaines. Nous encourageons l'établissement à poursuivre ces démarches qui devront englober à la fois la sécurité physique et psychologique, la sécurité culturelle et le bien-être dans le cadre de la culture organisationnelle. Soulignons toutefois l'attention qui a été portée à la prévention de la violence en milieu de travail. La formalisation, l'appropriation et la mise en application de la politique DRH-002-POL à ce sujet témoignent de la conformité de cette pratique organisationnelle requise (POR).

La mission, la vision et les valeurs sont communiquées aux équipes, aux résidents, aux familles ou aux proches aidants, ainsi qu'à la communauté par différents mécanismes de communication. Le plan opérationnel révisé annuellement est en toute cohérence avec les quatre objectifs prioritaires de la Planification stratégique 2021-2024. En conséquence, la réalisation des activités quotidiennes, de même que la détermination des buts et des objectifs le sont dans une perspective d'enlignement organisationnel. Des partenariats renforcent la capacité d'agir de l'organisation et aident à fournir et coordonner efficacement les services.

L'environnement physique est sécuritaire pour les équipes et les résidents au CHSLD St-Vincent-Marie. Des plans d'entretien, de modernisation et de remplacement des équipements, des appareils et des instruments sont en place pour les deux centres d'hébergement et sont en partie respectés. Des systèmes d'appoints pour pallier les pannes de services publics, par exemple en ce qui concerne l'électricité, le chauffage, l'eau potable ou le service téléphonique, sont en place. Considérant le nombre important d'équipements médicaux et de contrats avec différents fournisseurs que détient l'organisation, conjugué avec une gestion d'entretien préventif et de remplacement qui s'avère de plus en plus complexe, nous encourageons l'établissement à analyser la possibilité de se doter éventuellement d'un outil de gestion de la maintenance par le biais d'un logiciel permettant de gérer les différentes tâches (système de Gestion de la Maintenance Assisté par Ordinateur : GMAO).

Force est de constater que l'environnement physique du CHSLD St-Jude démontre un état de désuétude avancé. Le manque d'espace, les chambres doubles et de très petites tailles, les salles de toilettes partagées par quatre résidents, les infrastructures inadaptées aux besoins des résidents, sont tous des éléments préoccupants qui mettent en péril la qualité des soins et la sécurité des résidents en matière de prévention et contrôle des infections. La gestion des éclosions est un exemple de défi quotidien qui ne peut être résolu dans le contexte environnemental actuel. Un dossier nommé «Projet EPC Signature» a été déposé au MSSS avec l'objectif de procéder le plus rapidement possible à des travaux de modernisation du bâtiment, plus spécifiquement actualiser le besoin d'une nouvelle construction.

L'équipe visiteuse ne peut que constater le bien-fondé de cette demande, les moyens compensatoires ayant atteint leur limite, malgré toute la volonté des personnes concernées et le partenariat développé avec différentes instances pour identifier d'autres solutions. Nous invitons les parties à dénouer le dossier le plus rapidement possible, afin d'offrir un milieu sécuritaire aux résidents qui y sont hébergés.

La protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements sur les résidents sont assurées par plusieurs mécanismes. Les équipes ont accès à l'information sur les meilleures pratiques, les pratiques exemplaires et les guides de pratique pour œuvrer à partir de lignes directrices basées sur des données probantes.

Un plan sur la sécurité des résidents est mis en œuvre, veillant à atteindre les plus hauts standards de qualité à cet effet, par la rencontre de tous les tests de conformité reliés à cette pratique organisationnelle requise (POR). Le plan de sécurité du CHSLD Âge3 utilise notamment la démarche de gestion intégrée des risques pour alimenter le plan de sécurité, puisque cet exercice permet d'établir des priorités d'action locales et systémiques. Il en est de même pour la POR relative à la formation annuelle sur la sécurité des résidents. La description du programme de formation dont le comité de gestion de risque est responsable comprend trois volets distincts : sensibilisation/initiation, information/conscientisation et une formation spécifique sur la gestion des risques. Précisons aussi qu'une stratégie visant à prévenir et contrer la maltraitance à l'endroit des résidents (DG-016-POL-PRO) est mise en œuvre.

Le mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des résidents est en place. Les concepts de déclaration, analyse, recommandations et suivis sont ancrés dans les mœurs. L'entièreté de l'approche est consignée dans le document DG-008-POL-PRO, la consultation des dossiers des résidents et les personnes questionnées sur cet aspect témoignent de la conformité de cette POR. L'autre pratique organisationnelle requise, en lien avec la gestion des événements indésirables, soit le processus de divulgation, n'est malheureusement pas rencontrée. En effet, l'équipe visiteuse, bien qu'elle confirme que la politique DG-008-POL-PRO est formalisée et mise en œuvre, invite les équipes à obtenir la rétroaction des résidents, des familles ou des proches aidants au sujet de leur expérience liée à la divulgation, et la consigner au dossier. Ces informations doivent permettre d'améliorer le processus de divulgation.

Finalement, nous félicitons l'organisation pour le leadership démontré en matière de qualité, notamment par l'élaboration, la diffusion et la mise en œuvre d'un plan robuste de la qualité 2021-2024, qui tient compte entre autres de l'expérience des résidents, des analyses d'événements, des rétroactions, des satisfactions et des insatisfactions qui ont été exprimés par toutes les parties prenantes, et ce, pour chacun des services. Tous les objectifs du plan ont été déterminés en fonction des objectifs prioritaires de l'organisation. Les actions sont déterminées, les échéanciers, les ressources nécessaires identifiées et les indicateurs de réalisation déterminés.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.7	Avec la participation du chef de la direction de l'organisme, le conseil d'administration définit les objectifs de rendement du chef de la direction et les revoit annuellement.	Priorité normale
1.2.2	L'organisme adopte une approche globale pour promouvoir et soutenir la santé et la sécurité organisationnelles.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.2.7	L'environnement physique est géré de manière à assurer la santé et la sécurité des résidents et de l'équipe.	Priorité normale
1.2.18	Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers	POR
1.2.18.6	De la rétroaction est demandée aux résidents, aux familles ou aux proches aidants et aux membres de l'équipe au sujet de leur expérience liée à la divulgation; cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation, au besoin.	

Modèles de prestation de soins

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

Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 4 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Sous-chapitre : Excellence des services

L'organisation s'est assurée que des profils de poste qui précisent les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe sont à jour et connus de tous. Les niveaux d'expérience et de compétence sont déterminés, les qualifications et les certifications sont vérifiées, déposées au dossier des employés et mises à jour annuellement.

Une offre de formation vaste et diversifiée est accessible. Notons entre autres le programme d'orientation et d'intégration destiné aux nouveaux employés, aux résidents et à leurs proches et la formation sur l'utilisation sécuritaire des équipements, de la formation sur les règlements relatifs à la santé et la sécurité au travail ou sur la façon de déceler et gérer les risques liés à la sécurité des résidents.

Le processus d'évaluation de rendement est aussi une pratique maîtrisée, constructive et en constante évolution. Des activités de reconnaissance pour souligner le travail accompli par les équipes sont réalisées plusieurs fois par année. Des gestes quotidiens de reconnaissance sont témoignés de la part des leaders de l'organisation, ce qui est fort apprécié des employés.

Des mécanismes pour évaluer et assigner les charges de travail de façon sécuritaires sont en place. Des procédures et des protocoles sont mis en œuvre pour s'assurer d'une équité dans les soins et les services dispensés par les équipes.

Les dossiers de résidents sont complets et à jour. Les informations qui y sont consignées sont documentées en partenariat avec le résident, sa famille ou les proches aidants. Des pratiques d'évaluation de la tenue de dossier permettent d'examiner les cas de non-respect de la vie privée, de même que la justesse et l'efficacité des pratiques.

Sous-chapitre : Télésanté

La dispensation des services par le mécanisme de télésanté est une pratique qui prend une certaine envergure au sein de l'organisation, notamment depuis la crise sanitaire mondiale vécue en 2020. Bien que ce moyen soit encore dans ses balbutiements, l'organisation s'est assurée de prévenir les atteintes à la sécurité et à la confidentialité des résidents, lorsque ceux-ci reçoivent des services à partir du mécanisme de la télésanté.

Lorsque la télésanté est utilisée pour offrir des services, l'établissement s'assure d'obtenir et de consigner le consentement libre et éclairé de la part du résident ou de son représentant et d'effectuer le suivi nécessaire, le cas échéant.

Un outil d'encadrement robuste en matière de télésanté, soit le DSI-079-POL-PRO qui vient tout juste d'être adopté, dicte clairement les bonnes pratiques à appliquer dans le cadre de ce mode de dispensation de service. Nous félicitons l'organisation pour les travaux effectués à ce sujet et l'encourageons à déployer significativement ce mécanisme de soutien qui génère entre autres une meilleure accessibilité aux soins et services requis par les résidents.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Gestion des situations d'urgence et des catastrophes

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

Évaluation du chapitre: 88.2% des critères sont conformes

11.8% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 5 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'organisation s'est assurée de se doter d'un plan de mesures d'urgence, tant au CHSLD Saint-Vincent-Marie qu'au CHSLD St-Jude, qui convient à la réalité de chaque établissement. Une analyse des risques organisationnels a été effectuée récemment. Nous félicitons l'organisation pour cette initiative et l'encourageons à aller plus loin dans sa démarche en vue de prioriser ces risques et identifier des mesures d'atténuation adaptées. Un kiosque a été tenu dans les dernières semaines, où 120 employés, familles et bénévoles ont eu l'occasion de se familiariser entre autres avec ces aspects de sécurité.

Des échanges théoriques ont lieu régulièrement sur les unités à propos des diverses situations d'urgences possibles. Des registres valident cette pratique. Toutefois, l'établissement est encouragé à effectuer des exercices pratiques adaptés sur les divers codes, évaluer les résultats, procéder à un débriefing et émettre des recommandations. Ces exercices devront être planifiés et consignés, ce qui permettra à l'organisation d'évaluer la capacité de répondre aux urgences et d'y apporter des améliorations ciblées.

Des politiques et procédures pour évacuer en toute sécurité la totalité ou en partie son établissement sont disponibles et connues, notamment la DG-032-POL-PRO. Des partenariats sont formés avec des intervenants internes et externes pour contribuer à une planification rigoureuse en cas de catastrophe. Des liens ont été établis avec la communauté afin d'assurer une intervention cohérente et coordonnée à la suite d'un événement. Notons que les liens de communication avec le Service des incendies du territoire de Laval pour le CHSLD St-Jude sont bien présents. Toutefois, pour ce qui est du territoire du CHSLD Saint-Vincent-Marie, soit le service des incendies de Montréal, la communication est plus complexe. L'organisation utilise donc les conseils, outils et stratégies offertes par le service des incendies de Laval pour étoffer sa stratégie sur le territoire de Montréal.

Un plan de continuité des activités est aussi prévu, visant à poursuivre les services essentiels pendant et après une situation d'urgence. En ce sens, l'organisation a procédé à la planification de la gestion des obstacles potentiels qui empêcheraient le personnel de se présenter au travail si la situation le requiert. Nous invitons tout de même l'organisation à aller plus loin dans cette réflexion et colliger les différentes stratégies possibles selon les urgences qui peuvent survenir.

Plusieurs politiques, procédures et processus encadrent le cheminement, l'accès et la sécurité des résidents lors d'une situation d'urgence, incluant le déplacement de personnel, des résidents, l'équipement ou les fournitures. La planification de l'organisation prévoit aussi la gestion des de protection individuelle (ÉPI) et la façon de répondre de manière proactive aux avis et avertissements des organismes de santé et de sécurité publique au sujet d'urgences. Beaucoup d'efforts ont été consentis dans ce dossier et nous tenons à souligner l'engagement de la direction à cet égard.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.2	Des exercices pratiques du plan de préparation en vue d'urgences ou de catastrophes ont lieu régulièrement.	Priorité élevée
3.1.16	L'organisme évalue régulièrement l'efficacité de sa planification en cas de situation d'urgence et de catastrophe en fonction des résultats des exercices réalisés et des événements passés et il utilise les résultats pour apporter des améliorations.	Priorité normale

Prévention et contrôle des infections

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

Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 6 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Pour le CHSLD Age-3, nous constatons que le processus de prévention et contrôle des infections est bien structuré. Il existe des politiques, des procédures et des protocoles qui encadrent la mise en œuvre des activités. Une évaluation des risques sur les agents infectieux est courante. La création de tableaux de bord permet de faire un bilan quotidien des infections sur les unités de soins, un suivi est apporté et des activités sont mises en place dans le respect des normes d'hygiène et de prévention.

Nous soulignons un soutien professionnel du service de prévention et contrôle des infections du CISSS de Laval pour le CHSLD St-Jude, qui est très apprécié par l'équipe de direction. Un soutien professionnel est aussi à souligner au CHSLD St-Vincent-Marie.

Plusieurs audits ont été réalisés sur la technique d'hygiène des mains, les résultats sont présentés au personnel dans un cadre d'un plan d'amélioration continue. Le service d'hygiène et de salubrité est impliqué pour l'entretien de l'environnement dans la réponse aux normes d'hygiène, dont leur travail est bien essentiel et apprécié pour soutenir les périodes d'éclosion.

Nous observons que les unités de soins au CHSLD St-Jude se retrouvent souvent en éclosion. L'étroitesse de l'environnement physique des unités de soins favorise grandement la contamination des résidents entre eux malgré la vigilance du personnel. Les chambres doubles et les corridors ne laissent que peu de place pour la circulation des résidents et le déplacement du personnel dans la dispensation des soins et des services.

Toujours au CHSLD St-Jude, nous constatons que plusieurs résidents n'ont pas reçu leur vaccin antigrippal et de la Covid ainsi que quelques membres du personnel. Il semblerait que la responsabilité d'administrer les vaccins est maintenant sous la responsabilité du CISSS de Laval. Nous encourageons l'organisme à solliciter le responsable de la Santé publique pour que la façon de faire soit comme par les années précédentes à l'effet que son personnel puisse vacciner afin d'assurer, le plus rapidement possible, aux résidents une couverture vaccinale.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Gestion des médicaments

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

Évaluation du chapitre: 98.6% des critères sont conformes

1.4% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 7 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Au CHSLD Age-3, nous constatons que tout le processus de gestion des médicaments est bien encadré pour assurer la sécurité et la qualité des soins aux résidents. Des politiques et des procédures sont élaborées et sont connues du personnel. Les responsabilités sont bien définies et assumées par les personnes assignées. Le circuit des médicaments est assuré en collaboration avec la pharmacie Morin, une pharmacie communautaire. La présence professionnelle de la pharmacienne est un apport important par sa collaboration étroite avec le CHSLD Age 3.

Dès l'admission d'un résident, le bilan comparatif des médicaments se poursuit ou se crée selon l'étape du bilan en cours et demeure en place tout au long de l'hébergement du résident. Les familles sont aussi impliquées dans ce processus, des communications téléphoniques ou présentielles sont faites par le médecin prescripteur lorsqu'il y a changement de médication pour un résident. La contribution de la pharmacienne demeure une personne-ressource essentielle pour assurer un suivi sécuritaire en collaboration avec le personnel des unités.

Une vigie est présente dans le processus d'administration des médicaments. Concernant les médicaments d'alerte élevée, les infirmières et les infirmières auxiliaires ont reçu de la formation. Une grande vigilance est présente dans l'inventaire des armoires de dépannage et dans les réserves au commun. Un comité pharmaco-nursing est bien existant, des rencontres se font aux deux semaines pour des situations cliniques. De plus, l'équipe interdisciplinaire se rencontre régulièrement et les plans interdisciplinaires sont déposés au dossier du résident.

Nous sollicitons l'organisme à élaborer une procédure sur la marche à suivre lorsqu'un résident ou une famille se présente avec de la médication lors d'une admission.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.10	L'organisme a élaboré et mis en place une procédure de gestion des médicaments apportés par les résidents, les familles ou les proches aidants.	Priorité élevée

Expérience de soins des résidents

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

Évaluation du chapitre: 96.7% des critères sont conformes

3.3% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 8 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Au CHSLD Age-3, nous observons que tous les programmes cliniques en gestion de risque ont été mis à jour pour ainsi s'ajuster aux besoins des résidents dans le cadre de la qualité et de leur sécurité lors de la dispensation des soins et des services. Avant l'admission du résident, un profil est établi selon ses besoins. Un processus d'évaluation prend forme pour admettre le résident en toute sécurité et répondre à ses besoins. Dans les quelques dossiers des résidents consultés, nous avons constaté qu'une évaluation du risque de chutes est faite, qu'une évaluation sur le risque de développer une lésion de pression est aussi présente. Lorsqu'un résident est à risque de chute, certaines alternatives sont favorisées en remplacement de l'application de contention. L'évaluation de la douleur chez les résidents fait partie aussi du processus de gestion de risque. De plus, une implication de l'équipe interdisciplinaire se concrétise par des rencontres régulières dont les compétences de chacun apportent des alternatives dans le respect et la dignité du résident. Nous soulignons le dynamisme de l'équipe de loisirs, un programme bien adapté aux besoins des résidents.

Une évaluation sur le dépistage de l'état dépressif ainsi que le risque du suicide chez les résidents est appliquée. Un suivi et une réévaluation sont réalisés selon l'état psychologique du résident. Nous constatons que les programmes de formation demeurent un élément important pour l'organisme. Considérant la présence de différentes cultures chez les résidents, nous les encourageons à planifier une formation sur la diversité culturelle pour le personnel.

Nous observons que le résident et leur famille occupent une place importante dans l'organisme. Ils sont au centre de leurs prises de décisions administratives et cliniques. L'approche humaniste est présente dans tous les aspects de l'organisation.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.5	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les résidents, les familles ou les proches aidants tout en respectant l'héritage culturel, les croyances religieuses et les besoins diversifiés en matière de soins.	Priorité normale
6.3.10	L'équipe fournit aux résidents un environnement propice aux mesures d'adaptation qui répond à leurs besoins et à ceux de leur famille ou des proches aidants.	Priorité normale

Aperçu de l'amélioration continue de la qualité

Le Plan d'amélioration de la qualité qui a été élaboré représente bien l'ensemble des travaux réalisés et à accomplir. Ce plan est en cohérence avec la Planification stratégique 2021-2024, le Plan opérationnel annuel et les critères de bonnes pratiques d'Agrément Canada. Nous félicitons l'organisation pour le soutien en matière de qualité et sécurité qu'elle a déployé, en vue d'obtenir une offre de service adaptée aux besoins des résidents et de leurs proches.

Plusieurs audits ont été réalisés dans le cadre de la pratique professionnelle, nous encourageons l'organisme à maintenir cette culture de la mesure, ainsi que l'élaboration de programmes de formation pour le maintien des compétences.

Pour le maintien d'une gestion des risques sécuritaire, nous invitons l'organisme à poursuivre les audits du processus d'admission par l'utilisation des outils d'évaluation tels que l'évaluation du risque de chutes, l'évaluation du risque de plaies, ainsi que l'évaluation de l'état dépressif et le risque suicidaire.