



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum^{MD}
Soins de longue durée

CHSLD Argyle

Rapport publié : 01/12/2023

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	7
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	8
Aperçu du programme	9
Statut d'agrément	10
Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément	10
Pratiques organisationnelles requises	11
Résultats de l'évaluation divisés par chapitre	13
Gouvernance et leadership	13
Modèles de prestation de soins	15
Gestion des situations d'urgence et des catastrophes	17
Prévention et contrôle des infections	18
Gestion des médicaments	19
Expérience de soins des résidents	20
Aperçu de l'amélioration continue de la qualité	23

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 soumise à des évaluations, dont une visite d'agrément du 30/10/2023 à 03/11/2023.

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

Excelsoins est une compagnie propriétaire et gestionnaire de résidences pour personnes âgées fondée en 2013 avec un consortium de 9 résidences privées non conventionnées qui sont situées dans différentes régions, dont la Rive Sud, Pointe-Claire, Montréal, Cowansville, Lanaudière, et Centre-du-Québec. Les résidences accueillent diverses clientèles nécessitant des soins et services pour des missions de RPA, RI, et CHSLD. Le logo de l'entreprise Excelsoins se définit en 3 E : Excellence, Empathie, et Expérience.

En 2018, une visite d'agrément a été effectuée pour le site St-Lambert. C'est une première visite d'agrément pour les sites de Pointe-Claire et Longueuil.

Depuis la dernière visite d'agrément en 2018, il y a eu la pandémie COVID en 2020 qui est venue fragiliser l'ensemble de la population et les établissements du réseau de la santé. Lors des différentes vagues vécues, une mobilisation engagée des équipes à tous les niveaux, ainsi qu'un travail concerté des équipes ont permis de minimiser les impacts de la pandémie aux résidents et familles. L'impact de la COVID dans les 3 sites a été minime pour les résidents.

À St-Lambert, l'équipe est composée de 150 employés, dont divers titres d'emplois, incluant les professionnels cliniques. Une ressource d'infirmière praticienne spécialisée provenant du CISSS Montérégie Centre est présente une journée par semaine pour supporter les équipes et assurer le suivi des résidents avec des maladies chroniques. Une équipe de 12 bénévoles s'ajoutent à l'équipe et contribuent aux nombreuses activités de loisirs organisées pour les résidents. L'équipe au site Longueuil consiste en 120 employés et 4 bénévoles. Des discussions sont en cours avec le CISSS de Montérégie Est pour une infirmière praticienne spécialisée. Au site Pointe-Claire, l'équipe est composée de 75 employés et 4 bénévoles.

Le site St-Lambert a vécu un taux de roulement important de personnel à tous les niveaux lors de la pandémie et depuis 2020, il y a eu recrutement d'infirmières auxiliaires ainsi qu'un nombre important de PAB. Le défi pour l'organisation demeure dans le recrutement des postes d'infirmières, car 60 % des postes sont dépourvus de titulaires et le recours à la main-d'œuvre indépendante est un incontournable pour assurer la qualité et la sécurité des soins des résidents. De plus, au-delà de la moitié des cadres sont en poste depuis moins de 2 ans dans l'organisation.

Pour le site Longueuil, la situation de la main-d'œuvre est moins fragile que celle du site St-Lambert. Le défi est dans l'attraction et le recrutement d'infirmières les fins de semaine sur les 3 quarts de service et d'un poste d'infirmière à temps complet de nuit. Pour ces postes dépourvus, le recours est fait auprès des agences pour la main-d'œuvre indépendante. Au cours de l'année 2022, il y a eu de 30 à 40 embauches pour divers titres d'emplois. De plus, 3 des 5 cadres possèdent moins de 2 ans d'expérience dans l'organisation. La main-d'œuvre est plus stable au site Pointe-Claire. Le taux de roulement se situe à 15 % avec 8 embauches dans la dernière année. Les postes d'infirmières de nuit sont vacants et une stabilité est assurée avec un contrat de main-d'œuvre indépendante convenu avec l'agence. Dans l'équipe de 5 cadres, il y a 2 cadres qui sont en poste moins de 2 ans.

En 2020, il y a eu une division du permis de 120 lits initialement au CHSLD St-Lambert en 3 sites pour ouvrir en urgence le site à Pointe-Claire et le site à Longueuil. La répartition des 120 lits est de 60 lits à St-Lambert, 30 lits à Pointe-Claire et 30 lits à Longueuil. Excelsoins s'est démarqué lors de la pandémie avec 638 admissions qui se sont réalisées à travers les 9 résidences, toutes missions confondues.

Dans le cadre des orientations ministérielles pour l'amélioration de la qualité de vie dans les milieux de vie pour les aînés, il est prévu de conventionner tous les CHSLD privés au Québec d'ici 2025. Le conventionnement permettra d'harmoniser l'offre de services à travers la province, d'améliorer la qualité des soins et services dans tous les milieux d'hébergement et d'offrir les mêmes services dans les CHSLD publics et privés.

Excelsoins s'est engagée dans la démarche de conventionnement pour les 3 sites et c'est dans cette perspective que les 120 lits d'hébergement répartis dans les 3 sites seront des lits privés conventionnés d'ici janvier 2025. Des ententes sont en voie de se conclure entre le MSSS et le CIUSSS Ouest de l'île de Montréal pour l'achat de 8 lits de CHSLD d'ici décembre 2023 pour le site à Pointe-Claire qui passera de 30 à 38 lits. Le nombre de lits de CHSLD conventionnés passera de 120 à 128 lits pour les 3 sites.

La mission de Excelsoins est d'assurer l'excellence des soins pour accompagner la personne à travers les étapes de sa vie. Pour réaliser avec constance sa mission, l'entreprise s'est engagée avec l'ensemble de son personnel dans une démarche d'amélioration continue de la qualité qui s'appuie sur une philosophie et un système de gestion visant à répondre aux besoins des résidents et à surpasser leurs attentes. Une approche systématique est préconisée permettant l'amélioration continue de tous les aspects des soins et services offerts, incluant les résultats qui en découlent, tout en assurant la satisfaction et la sécurité des résidents et de leurs familles.

Les sites de St-Lambert et Longueuil desservent la clientèle provenant des régions de la Montérégie Centre et de la Montérégie Est, référée par le mécanisme d'accès à l'hébergement. Pour le site de Pointe-Claire, la clientèle provient du CIUSSS Ouest de l'île de Montréal. À St-Lambert, il y a une moyenne de 40 à 50 admissions par année et pour le site Longueuil une moyenne de 3 à 4 admissions par année sont réalisées. Le site Pointe-Claire accueille de 5 à 6 admissions annuellement.

Des projets de développement sont prévus dans 2 installations afin d'améliorer le milieu de vie des personnes hébergées. Un agrandissement en 2 phases au site St-Lambert permettra l'agrandissement de la salle d'activité sur 3 étages et la création des aires communes sur les étages 2 et 3 afin de créer des micromilieus de 14 unités prothétiques. Ce projet permettra également de séparer les accès CHSLD de ceux des étages Ressources Intermédiaires. L'ajout de 80 lits complétera le projet. Pour le site à Pointe-Claire, un agrandissement avec l'ajout de 110 lits en CHSLD est prévu en partenariat avec le CIUSSS de l'Ouest de l'île de Montréal.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Nous avons rencontré une équipe de direction dynamique et engagée avec un souci à l'égard de l'amélioration continue de la qualité. L'équipe corporative prône une gestion de proximité par des tournées régulières dans les 3 sites. L'équipe de gestion en place dans les 3 sites promeut cette approche de gestion et est présente et visible auprès des équipes terrain avec ouverture et disponibilité pour rencontrer les résidents et les familles. Les équipes de soins sont attentives et à l'écoute des besoins des résidents avec une approche centrée sur le résident.

L'approche centrée sur la personne est bien inculquée et intégrée dans les 3 sites. Le résident est au centre des préoccupations. Un comité des usagers est en place et actif dans les 3 sites et consulté pour divers dossiers, dont les politiques et procédures et les projets de développement. Au site St-Lambert, il y a 2 représentants de familles qui siègent au comité de vigilance et au comité de gestion des risques.

Les 3 sites sont dans le processus de la démarche de conventionnement de 128 lits de CHSLD qui devrait se réaliser d'ici janvier 2025.

L'enjeu majeur pour l'organisation demeure dans l'attraction, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre. L'organisation fait recours à la main-d'œuvre indépendante pour combler ses besoins en main-d'œuvre pour divers titres d'emplois. De plus, pour les postes infirmiers dépourvus de titulaires, l'organisation conclut des contrats de travail avec elles afin d'assurer une stabilité dans le personnel et pour la continuité des soins des résidents. Le conseiller en acquisition des talents a pour mandat d'être un chasseur de têtes et d'accroître la visibilité de l'organisation dans les réseaux sociaux tels que Indeed et LinkedIn. Dans un marché de main-d'œuvre compétitif avec un bassin de ressources limitées, l'organisation est invitée à explorer d'autres stratégies créatives de marketing afin de développer une image corporative permettant de se démarquer comme employeur de choix.

Les partenaires communautaires contactés témoignent d'une approche collaborative au sein de l'équipe des 3 sites avec des échanges fluides empreints de respect et de transparence. Ils soulignent la grande disponibilité des équipes pour des suivis de dossiers.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Dans un contexte national de pénurie de main-d'œuvre et de mobilité de personnel, l'entreprise est en compétition étroite avec d'autres établissements de santé pour l'attraction, le recrutement, et la rétention de la main-d'œuvre. Avec un taux de roulement élevé, le recours à la main-d'œuvre indépendante et des équipes instables, les résidents et leurs familles sont souvent confrontés à du nouveau personnel qui connaissent peu le résident et ses besoins. L'entreprise fait des entrevues de départ systématiques pour les employés-cadres et aléatoires pour les autres titres d'emplois. L'organisation est encouragée à effectuer des entrevues de départ ou des sondages anonymes auprès de tous les employés qui quittent l'entreprise. Une analyse des données recueillies pourrait conduire l'entreprise à adopter des stratégies pour favoriser la rétention des employés embauchés.

Dans la démarche de conventionnement en cours vers un statut privé conventionné qui assurent aux employés les mêmes conditions salariales que dans les établissements publics, l'entreprise pourrait considérer la création de partenariats avec des maisons d'enseignement pour favoriser l'accueil de stagiaires dans des programmes d'études tels que PAB, infirmière, et infirmière auxiliaire. Si l'expérience s'avère positive pour les stagiaires, les maisons d'enseignement et l'entreprise, l'entreprise pourrait envisager l'embauche d'étudiants durant la période estivale et les recruter à la fin de leurs études.

Selon les commentaires obtenus des résidents, des familles et des partenaires communautaires suite à des audits effectués, l'activité repas pour les résidents pourrait être améliorée afin que l'expérience vécue soit la plus agréable possible. Nous avons constaté que les aliments servis dans le plateau pour les repas ne sont pas systématiquement nommés au résident par le personnel lorsque son plateau est servi. Le comité des usagers a effectué un sondage de satisfaction de la clientèle qui révèle une insatisfaction des résidents et des familles à l'égard des repas. Nous invitons l'organisation à comparer les résultats du sondage fait par l'organisation avec le sondage fait par le comité des usagers et de convenir d'un plan d'action conjoint avec suivi.

Pour les domaines d'excellence, nous soulignons la rigueur dans la documentation disponible pour les employés sur les politiques, procédures, protocoles dans les divers services avec une révision systématique aux 3 ans et selon le besoin. L'information est accessible pour les intervenants aux postes de soins avec le logiciel SOFI. Les documents sont élaborés selon les meilleures pratiques et les données probantes, et diffusés à travers les 3 sites pour assurer une harmonisation dans les pratiques.

Nous soulignons le registre centralisé des formations dispensées au personnel pour assurer un suivi et une traçabilité rapide. De plus, plusieurs audits de contrôle de qualité sont effectués selon un calendrier préétabli. Les résultats sont communiqués au personnel et affichés sur les unités de vie.

Une ressource infirmière praticienne spécialisée provenant du CISSS Montérégie Centre est présente une journée par semaine au site St-Lambert pour supporter les équipes et assurer le suivi des résidents avec des maladies chroniques. La présence d'un médecin avec une visite médicale hebdomadaire et un système de garde médicale assurent le suivi de l'état de santé des résidents dans les 3 sites.

Les 3 sites jouissent d'un établissement répondant aux exigences de milieux de vie envisagées pour la clientèle hébergée en soins de longue durée, avec des chambres et salles de bains individuelles pour chaque résident. Nous retrouvons 2 chambres semi-privées au site Longueuil.

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 Argyle est :

Agrée avec mention d'honneur

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

Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément

Cette organisation exerce ses activités dans 3 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 ARGYLE - LONGUEUIL	✓
CHSLD ARGYLE - POINTE-CLAIRE	✓
CHSLD ARGYLE / LES ÉCLUSES SAINT-LAMBERT	✓

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	Divulgaration des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	3 / 3	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Taux d'infection	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Médicaments de niveau d'alerte élevé	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Sécurité liée à l'héparine	4 / 4	100.0%

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

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Gouvernance et leadership

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

Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 3 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Le président de la compagnie Excelsoins est le propriétaire et l'actionnaire des 3 résidences évalués lors de cette visite et l'actionnaire majoritaire de 7 des 9 résidences. La structure du conseil d'administration est composée du président et d'une autre personne qui est propriétaire de 2 résidences avec mission RI. Il y a un comité aviseur spécialisé composé de 2 consultants avec une expertise en qualité et éthique pour renforcer le conseil d'administration. De plus, un comité aviseur du président composé de 3 personnes avec une expertise en qualité et finances accompagne le président dans ses réflexions.

Le conseil d'administration se rencontre formellement chaque trimestre avec un procès-verbal qui est un résumé des rencontres et les décisions prises et les minutes de résolution de l'entreprise. La qualité est un point permanent de l'ordre du jour de toutes les rencontres du conseil d'administration et des rencontres hebdomadaires du comité exécutif et du comité des directeurs. Un exercice de consultation auprès du comité exécutif et du comité des directeurs a été fait pour le plan stratégique, le plan opérationnel et le budget annuel d'exploitation et d'immobilisation. Le tout est finalisé et entériné par le conseil d'administration. Les politiques et procédures sont également adoptées au niveau du conseil d'administration suite à un processus de consultation interne incluant le personnel, le comité des résidents et les partenaires communautaires externes. La planification stratégique et les objectifs annuels sont présentés aux membres du personnel, le comité des résidents, et les partenaires externes. Le plan stratégique est inspiré de la mission, vision, et valeurs de l'entreprise.

Des rapports trimestriels sur la gestion de la qualité et la gestion des risques sont présentés au conseil d'administration qui assure le suivi auprès de l'équipe de leadership. Le plan opérationnel et les objectifs découlant du plan stratégique sont répartis au niveau de l'équipe de leadership et un porteur de dossier est assigné et tenu imputable pour le progrès de la réalisation de l'atteinte des objectifs.

L'entreprise dispose d'un cadre de référence en matière d'éthique, d'un code d'éthique, une charte des valeurs, et une charte des droits pour les résidents et les intervenants. Un comité d'éthique clinique est en place avec une procédure à suivre si un membre de l'équipe est confronté à une situation ou un dilemme d'ordre d'éthique. Aucune activité de recherche n'est effectuée dans l'organisation et ainsi la mise en place d'un comité d'éthique à la recherche n'est pas pertinente.

Les politiques et procédures en place sont disponibles sur le logiciel SOFI pour l'ensemble du personnel et elles sont révisés systématiquement aux 3 ans et selon le besoin. Elles sont élaborées selon les données probantes et les meilleures pratiques. Les partenaires internes et partenaires communautaires externes sont consultés dans le processus.

L'entreprise dispose d'un plan de communication claire pour assurer la gestion de l'information au sein de l'entreprise. Le site WEB de l'entreprise est accessible et décrit très bien l'entreprise et son offre de service. Un journal d'information pour chaque site est publié mensuellement pour les employés, résidents, et familles. Des écrans de communication sont disponibles, mais ne sont pas tous fonctionnels. L'entreprise prévoit un rehaussement et une amélioration des écrans pour la diffusion d'information auprès des employés, résidents, et familles.

L'approche de soins centrés sur la personne est bien intégrée dans l'entreprise. Le comité des résidents est très actif dans les 3 sites et consulté dans les processus visant tous les volets de l'organisation et la dispensation des soins et services. De plus, les membres du comité sont très présents auprès des résidents et familles pour leur faire connaître les droits fondamentaux. Nous encourageons l'entreprise à poursuivre l'implication du comité des résidents ainsi que des familles dans l'ensemble de l'organisation des services.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Modèles de prestation de soins

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

Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

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

Résultats de l'évaluation :

Les lieux physiques sont propres et bien éclairés, accueillants, et sécuritaires. Les corridors ne sont pas encombrés, permettant une accessibilité fluide pour les résidents en fauteuils roulants pour circuler librement. Au site St.-Lambert, les 60 résidents hébergés disposent de chambres individuelles avec salle de bain. Au site Longueuil, 26 résidents ont des chambres individuelles avec salle de bain et 4 résidents partagent une chambre semi-privée. Le site Pointe-Claire dispose de chambres individuelles et salles de bains pour les 30 résidents. Sur les 3 sites, nous retrouvons un vaste terrain extérieur bien aménagé pour les résidents et familles avec balançoires, tables et chaises. Plusieurs activités, dont le jardinage et BBQ, sont organisées dans ces espaces extérieurs lors de la période estivale.

Aucun service de télésanté n'est offert aux 3 sites. Toutefois, une nouvelle politique sur la télésanté a été récemment développée et elle est en consultation avec le comité des résidents, le personnel, et les partenaires CISSS de Montérégie Centre, CISSS Montérégie Est, et CIUSSS l'Ouest de l'île de Montréal. Des ententes sont à conclure avec les partenaires pour la prestation des soins. Suite à son adoption au conseil d'administration, elle sera mise en application. Son déploiement est prévu d'ici la fin de 2023. La diffusion de l'information et la formation requise pour le personnel et les résidents/familles seront également implantées.

Au niveau de la technologie de l'information, l'entreprise dispose du logiciel SOFI pour les soins qui est le contenu du dossier patient informatisé. Le logiciel PMO pour le suivi de portefeuille de projets est en phase d'implantation et est réalisé à 50 %. Une transition de l'intranet avec la plateforme MANGO vers la plateforme AZURE est prévue afin d'assurer la diffusion et l'accès aux politiques et procédures. Une amélioration des écrans de communication est prévue pour assurer la diffusion de l'information vers les employés, résidents, et familles.

Dix dossiers d'employés avec divers titres d'emplois ont été consultés aux 3 sites. Les dossiers sont en version papier et il est prévu dans un avenir rapproché de numériser certains documents du dossier employé. L'information contenue dans les dossiers est organisée de façon structurée facilitant la consultation et le repérage d'information. Les qualifications, les certifications, et les compétences sont vérifiées et mises à jour dans le dossier employé.

Des profils de postes qui définissent les rôles, les responsabilités, et les champs de compétences pour chaque titre d'emploi sont disponibles. Un programme d'orientation structuré est en place pour les divers titres d'emplois afin de faciliter l'intégration dans les tâches et fonctions de leur rôle. Dans les dossiers consultés, le cahier d'orientation de l'employé n'est pas toujours complété et signé par l'orienteur et le nouvel employé. Nous invitons l'organisation à mettre en place des mesures pour assurer que le cahier soit complété et signé par les personnes visées.

L'organisation dispose d'une politique et d'une procédure annuelle sur l'appréciation de la contribution. L'employé est encouragé à participer au processus en complétant un formulaire autocritique, avant la rencontre prévue avec son supérieur immédiat. Dans quelques dossiers consultés, le formulaire autocritique était non complété par l'employé. Nous invitons l'organisation à inclure dans le formulaire une case pour l'employé de signer et de cocher s'il ne souhaite pas remplir le formulaire autocritique. Pour les formulaires d'appréciation, nous retrouvons des formulaires qui ne sont pas toujours remplis et signés par l'employé et le supérieur immédiat. Nous invitons l'organisation à instaurer des moyens de contrôle pour assurer que les formulaires soient dûment remplis.

Au-delà de la moitié de l'équipe de gestionnaires aux sites St-Lambert et Longueuil est en poste depuis moins de 2 ans. L'équipe de cadres au site Pointe-Claire est plus stable. Une formation a été développée par le partenaire d'affaires en développement organisationnel et sera dispensée aux gestionnaires prochainement afin de les accompagner dans le processus de l'évaluation d'appréciation et de la rencontre avec l'employé.

Nous soulignons une offre de formation riche et diversifiée, organisée au niveau corporatif et soutenue par un registre centralisé. De plus, au niveau local, la direction des soins infirmiers de chaque site élabore un calendrier de formations ciblant des thèmes spécifiques pour les infirmières, infirmières auxiliaires, et PAB.

Des entrevues de départ sont effectuées pour les cadres intermédiaires et les cadres supérieures et à l'aléatoire pour les autres employés. Nous encourageons l'organisation à effectuer des entrevues de départ pour tous les employés considérant l'enjeu de la main-d'œuvre et le taux de roulement.

Le principal défi de l'organisation demeure dans l'attraction, le recrutement, et la rétention de la main-d'œuvre. Le rôle confié au conseiller en acquisition des talents organisationnels est de mettre en place des stratégies créatives par le biais de différents moyens de marketing dans les réseaux sociaux afin d'accroître la visibilité de l'entreprise. Comme stratégie potentielle de recrutement futur de candidats, des partenariats avec des maisons d'enseignement pour l'accueil de stagiaires sont une avenue à explorer lorsque le conventionnement des lits CHSLD sera réalisé en 2025.

Des activités de reconnaissance sont organisées pour souligner l'appréciation et la contribution des employés, telles que des soupers avec le président de l'entreprise et des BBQ annuels. Une boîte de sourire est placée à l'accueil comme activité de mobilisation pour souligner un geste posé par un employé qui mérite d'être félicité. Les résidents et les familles complètent un coupon qui donne la chance à un employé de gagner un prix par tirage trimestriel. Cinq employés qui reçoivent le plus de nominations sont sélectionnés lors du tirage.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Gestion des situations d'urgence et des catastrophes

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

Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 5 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Un plan de mesure d'urgence est en place au sein de l'entreprise. Le plan est révisé et mis à jour aux 3 ans et selon le besoin. Une consultante d'une firme externe accompagne l'entreprise dans le contenu et la révision du plan ainsi que la formation et les exercices de simulations auprès des équipes. Un registre de formation centralisé est en place. Une rétroaction post exercice est faite avec l'équipe pour évaluer ce qui a bien fonctionné et les mesures correctives à mettre en place. Le plan est approuvé par les municipalités et il est conforme aux exigences de la loi.

Les installations sont munies de caméras de surveillance dans les aires communes et les corridors, des portes coupe-feu, et des gicleurs. Le plan de mesures d'urgence précise les mesures immédiates visant à répondre aux différentes situations d'urgence et de catastrophes qui peuvent survenir dans l'organisation. Les rôles et responsabilités à l'interne sont clairement définis ainsi qu'à l'externe pour les partenaires communautaires. Nous invitons l'organisation à inclure les bénévoles et le comité des résidents dans la formation et les exercices de simulation du plan de mesure d'urgence.

Les 3 sites ont conclu des ententes avec des partenaires externes qui sont renouvelés annuellement afin d'assurer la coordination des résidents dans une situation d'évacuation de l'établissement. Des ententes mutuelles sont également faites entre les 3 sites advenant une situation d'urgence nécessitant une évacuation immédiate.

La valise de garde qui est en place dans les établissements de santé publique est en phase de déploiement pour les CHSLD. Cette application WEB sur une plateforme ministérielle permettra la mobilisation rapide d'intervenants, la mise à jour en temps réel de coordonnées et un environnement d'échange sécuritaire pour les intervenants.

Au site St-Lambert, des cafés de bienvenues sont organisés tous les 3 mois par le directeur général pour accueillir les nouveaux résidents et les familles et les informer du plan de mesures d'urgence. De plus, cette information est également incluse dans la pochette remise aux résidents et familles à l'admission. Nous invitons l'organisation à inclure les bénévoles et le comité des résidents dans la formation du plan des mesures d'urgence.

Le chef de la maintenance du site St-Lambert fait des rappels informels auprès des employés sur les 3 quarts de service en ce qui a trait aux différentes situations d'urgence et les mesures immédiates à prendre. Un registre centralisé à cet effet est maintenu.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Prévention et contrôle des infections

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

Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

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

Résultats de l'évaluation :

Les politiques et procédures en prévention des infections datent de plusieurs années et sont revues régulièrement. En l'absence de personnel régulier dans certaines fonctions, l'équipe corporative assume la vigie et les suivis de gestion, particulièrement à St-Lambert.

En ce qui concerne l'hygiène des mains, la formation est donnée et des audits sont faits. Le calendrier est vivant. La formation est un coaching dans l'action. Les résultats sont affichés et des rappels sont faits en rencontre d'équipe ou en rencontre DSI afin d'atteindre les cibles fixées par l'organisation. D'autres sujets comme les autres infections ou la vaccination sont aussi discutés. Des rapports trimestriels qui regroupent les principaux indicateurs sont produits et transmis à l'équipe corporative. Les indicateurs sont discutés avec les résidents, les familles et les membres du comité des usagers. Une table PCI est tenue. De la formation est donnée aux résidents, aux familles, aux proches et aux bénévoles.

Lorsque des éclosions sont constatées, le siège social est immédiatement informé et fait les suivis avec la santé publique et le répondant au CISSS. Les familles, le personnel de l'unité et les partenaires sont avisés. Des précautions sont mises en place afin d'assurer la sécurité de l'ensemble des autres résidents. La vaccination s'effectue. La gestion en est assumée par le CISSS et les consentements sont signés.

Il n'y a pas de stérilisation, tous les instruments utilisés étant jetables. À chaque quart de travail, l'infirmière désinfecte le poste et les petits équipements qui sont aussi désinfectés après chaque usage. L'entretien des petits équipements et des aérochambres est fait par le personnel infirmier sur les unités. Il existe un parc d'équipement. Il n'y a aucun mélange du propre avec le souillé. Aucune pompe à perfusion n'est utilisée. Une politique a tout de même été rédigée.

Une formation sur les produits dangereux est donnée au personnel de l'hygiène et salubrité. Les chariots sur les unités doivent constamment être fermés à clé dès que le personnel n'est plus à côté. Une vigie est à effectuer afin de s'en assurer.

Les équipements de protection contre les biorisques sont en place et des audits sont faits. Les blessures sont très rares. Une procédure existe.

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: 98.5% des critères sont conformes

1.5% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 7 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La gestion des médicaments aux centres d'hébergement d'Excelsoins est effectuée par un pharmacien à contrat, par l'équipe de soins de chacun des établissements, ainsi que par un comité médico-pharmaceutique qui regroupe les trois directrices des soins infirmiers, le pharmacien, trois gestionnaires du siège social et un médecin au besoin. Le comité discute entre autres de l'ensemble de la gestion des médicaments, des changements de cartographies, des ordonnances collectives et du bilan comparatif des médicaments (BCM).

Il existe des politiques et des procédures pour tous les éléments qui concernent les médicaments. Elles sont inspirées des autres établissements, de RxVigilance et des méthodes de soins informatisées (MSI). Par exemple, aucune médication cytotoxique n'est utilisée pour les résidents et aucune auto-administration des médicaments n'est effectuée par les résidents, mais des politiques existent.

Le pharmacien gère les pharmacies des trois centres d'hébergement, à distance et sous contrat. Tous les médicaments sont commandés, préparés, ensachés, distribués et entreposés à St-Lambert. Le pharmacien gère l'inventaire des médicaments, le formulaire et la trousse ou le chariot d'urgence. Il bénéficie d'une hotte. Il gère les périmés et les rappels. Les médicaments pour les résidents sont livrés une fois par semaine. Si des urgences surviennent et que des médicaments supplémentaires sont nécessaires, le chariot d'urgence sert de réserve.

Le bilan comparatif des médicaments est préparé dès l'annonce de l'admission du résident. Avec le résident et sa famille, le personnel infirmier complète l'information et la transmet au pharmacien qui produit une proposition de BCM pour le médecin dans les 48 heures de l'admission, à partir de l'ordonnance de départ de l'hôpital ou de la pharmacie communautaire. Le BCM inclut les médicaments PRN et les produits naturels. Le BCM est aussi complété pour les transferts et les départs.

Les abréviations dangereuses sont déterminées et affichées. De la formation est disponible dans le logiciel SOFI et des rappels sont faits aux médecins. Le décompte et l'entreposage des narcotiques se font selon des procédures conformes, à deux personnes. Une feuille de contrôle des narcotiques est acheminée à chaque renouvellement et le décompte s'effectue par l'infirmière devant le livreur. Les narcotiques, les injectables et les médicaments d'alerte élevée sont fournis sur prescription avec une double vérification. Pour les narcotiques à haute dose, une triple vérification est nécessaire.

Sur les unités de vie, la distribution des médicaments se fait selon les règles par le personnel autorisé. La double vérification de l'identité du résident et les 7 bons sont effectués. Les procédures relatives à l'hygiène des mains sont aussi appliquées.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.59	L'organisme effectue une évaluation annuelle du système de gestion des médicaments.	Priorité normale

Expérience de soins des résidents

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

Évaluation du chapitre: 98.4% des critères sont conformes

1.6% 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 :

Fournir des soins sécuritaires et efficaces

Les espaces sur les unités de vie sont dégagés, propres, calmes et agréables. Ça sent bon. Le personnel de l'entretien ménager s'assure de faire les nettoyages et désinfections nécessaires. Le service de maintenance répond aux différents travaux de réparations et de rénovations mineures. Beaucoup d'entretien préventif est fait sur les différents systèmes. Il serait intéressant que chacun des CHSLD soit muni de baignoires thérapeutiques et que les résidents qui le souhaitent y soient invités. De plus, afin de pallier l'éventuel alourdissement de la clientèle, les chambres pourraient déjà être équipées de rails pour des lève-patients automatisés au plafond, ce qui permettrait une installation rapide au besoin.

Pour l'alimentation, deux choix réguliers et cinq choix alternatifs sont offerts. Une fiche alimentaire est remplie pour chaque résident. Un membre du personnel visite chacun des résidents, chaque jour, pour établir avec eux les menus de la journée tout en tenant compte de leur diète. Le déjeuner est servi à l'étage. Un déjeuner style brunch est servi sur chaque unité régulièrement. Depuis la pandémie, plusieurs résidents continuent de s'alimenter dans leur chambre, ce qui représente un défi de socialisation pour l'équipe. Plusieurs stratégies sont en réflexion afin d'amener les résidents à socialiser au moins un repas sur trois.

Les dossiers d'admission des résidents sont acheminés par le MAH et étudiés par l'équipe. Dès qu'une admission est acceptée, son dossier est ouvert dans SOFI et les différents services support, maintenance, cuisine, pharmacie et autres sont avisés. Lorsque l'usager arrive au CHSLD, tout est prêt pour lui. La collecte de données des différents systèmes s'effectue, le PTI se met à jour, les consentements sont signés et les équipements nécessaires au résident sont préparés. Le BCM est débuté par le pharmacien. Une rencontre avec la famille est tenue, le pharmacien élabore le BCM et le médecin confirme le tout dans un délai de 48 heures.

Un suivi post-admission est fait après une semaine pour s'assurer que l'ensemble des procédures d'admission ont été réalisées de bonne façon selon le résident ou la famille. Par la suite, le service des loisirs regarde les intérêts du résident pour les loisirs et son histoire de vie est amorcée. Parfois, des résidents qui sont plus timides ou seuls sont jumelés afin de favoriser leur socialisation.

Le PII est réalisé de quatre à six semaines après l'admission sauf s'il y a urgence. Il contient les objectifs qui sont fixés avec le résident et sa famille. Il est révisé annuellement ou plus tôt si la condition du résident change.

Pour les résidents transférés dans les hôpitaux, le formulaire de transmission d'informations aux points de transition est rempli, acheminé avec le patient et numérisé. Des informations et un appel sont reçus au retour du résident.

Former une équipe compétente

Chacun des nouveaux membres du personnel est choisi pour ses compétences. Un cahier d'orientation est disponible pour chacun des postes, ainsi qu'un manuel de prévention. La durée d'orientation et de supervision dépend du poste obtenu. Beaucoup de chances sont données sauf pour des situations de maltraitance ou d'abus, qui entraînent automatiquement une suspension ou un congédiement. Selon les différents sites, le personnel est stable, formé et informé. Il règne un grand esprit d'équipe.

Les formations relatives à la maltraitance, aux troubles de comportement, aux plaies, aux contentions, à la violence en milieu de travail, sur l'approche technique aux soins et la gestion des refus, sur le milieu de vie et sur les soins palliatifs sont toutes offertes au personnel, soit à l'embauche ou en cours de parcours. Si elles sont virtuelles, elles sont disponibles dans SOFI. La formatrice PAB se promène entre les différents centres d'hébergement. Il serait intéressant de regarder si le même principe pourrait s'appliquer pour une conseillère ou une formatrice en soins infirmiers. Des rencontres direction des soins infirmiers sont tenues toutes les deux semaines, ainsi qu'une rencontre clinico-organisationnelle chaque semaine dans chaque site. On y parle de nouveautés, de suivis et de formations.

Soins centrés sur la personne

Le logiciel SOFI aide le personnel dès l'admission du résident. Il s'agit du dossier du résident, d'un outil de formation et d'information. Dès l'admission, les collectes de données sont complétées. Chaque personne qui agit autour et avec le résident compile, informe, ajuste, personnalise.

L'organisation est consciente que l'activité repas est très importante pour les résidents et travaille à l'améliorer en changeant les menus trois fois l'an, en faisant des tests de goût et des présentations aux comités des usagers et au comité milieu de vie. Malgré les efforts faits par l'organisation, l'activité repas reste le principal point d'insatisfaction des résidents et de leurs familles dans la majorité des CHSLD. Les portions, les menus compliqués, la qualité de la nourriture, la chaleur, l'inventaire sur les unités, l'heure de service des repas les fins de semaine sont autant de points d'insatisfaction. Nous suggérons à l'organisation de s'attarder à trouver des solutions, avec les différents comités, afin de rendre cette activité des plus positives possible. Nous suggérons aussi de s'entendre sur un seul et même sondage de satisfaction, comité des usagers et organisation, afin d'analyser ensemble les réponses et trouver ensemble des pistes d'amélioration.

Les résidents et les familles sont très impliqués et informés. Un préposé aux bénéficiaires accompagnateurs est ciblé pour chacun des résidents. Trois mois post-admission, un café-causerie est organisé pour les familles afin de partager leur point de vue concernant les premiers mois en CHSLD et de les informer et les former à nouveau sur les différentes politiques et procédures. Les résidents sont très heureux des soins reçus.

La maltraitance n'est aucunement tolérée dans les centres d'hébergement. Une politique et une procédure ont été rédigées, de la formation a été donnée. Si des cas sont déclarés, une autodéclaration est faite, des mesures sont appliquées, une enquête est amorcée et l'information est transmise à la commissaire aux plaintes.

Davantage de formation pourrait être donnée aux PAB, comme des cours de déontologie, de manipulation des résidents, d'approche relationnelle.

La double identification est réalisée. Des photos du résident, pour ceux qui le veulent, sont affichées à la porte de sa chambre, avec les FADM, dans le chariot avec les médicaments et dans le logiciel SOFI.

Les comités des usagers et des résidents sont très actifs. Ils regroupent des résidents et des familles et se rencontrent régulièrement. Les directeurs généraux de chacun des sites y assistent. Des représentants de ces comités siègent au comité vigilance et qualité, au comité de gestion des risques et au comité milieu de vie. Ils sont consultés sur plusieurs aspects, politiques et procédures qui touchent l'organisation et la qualité du milieu de vie.

Les loisirs traduisent la qualité du milieu de vie. Un calendrier d'activités est produit mensuellement sur 7 jours. Le personnel des loisirs est aidé par les préposés aux bénéficiaires, ce qui assure la sécurité des résidents.

Pour les troubles de comportement, les équipes sont formées. Elles doivent compléter une grille de comportement lorsque des troubles sont constatés et un plan de soins ciblés est élaboré.

Les approches culturelles et religieuses sont regardées dans la formation milieu de vie. Le respect des choix des résidents est primordial. Des pictogrammes permettent d'aider à se faire comprendre de résidents d'autres langues. Des discussions ont parfois cours sur la sexualité des résidents. La chaire de l'UNESCO sur la sexualité des personnes sert de référence en ce domaine.

Une politique et une procédure sont disponibles pour les soins palliatifs. Un chariot de fin de vie est disponible et des accommodements sont faits pour la famille et les proches selon leurs souhaits et leur culture. Des discussions éthiques sont parfois nécessaires.

Plusieurs éléments sont vus positivement dans l'organisation et le support. Le logiciel SOFI a enrichi la personnalisation des soins et la structure de soins amène une rapidité et une efficacité dans les prises de décision et la gestion des plaintes. Les enjeux de stabilité du personnel demeurent un point de fragilité et un défi aux dires des résidents et des gestionnaires. Le conventionnement des CHSLD arrive à grands pas et pourrait apporter de belles retombées dans l'organisation des soins. L'organisation est invitée à mieux écouter et à trouver davantage de moyens d'impliquer les patients et les familles dans leurs milieux de vie.

Il existe aussi une grande problématique de prise en charge médicale, particulièrement à Longueuil. Afin d'assurer la sécurité des résidents, l'organisation est invitée à trouver des solutions pour la prise en charge de chacun des résidents.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.3.13	L'équipe offre une expérience de repas agréable aux résidents.	Priorité normale

Aperçu de l'amélioration continue de la qualité

Une culture d'amélioration de la qualité et de la sécurité des résidents est bien intégrée et omniprésente à travers tous les niveaux de l'entreprise. Nous constatons une synergie, une mobilisation et un engagement soutenus de tous les intervenants à tous les niveaux favorisant une culture organisationnelle axée sur la qualité. Nous encourageons l'entreprise à poursuivre ses efforts d'excellence dans les pratiques.

L'entreprise dispose d'un plan d'amélioration de la qualité qui cible des objectifs précis avec un suivi des indicateurs de résultats. Un plan de sécurité est en place identifiant les risques potentiels avec des objectifs ciblés. Des indicateurs de résultats sont suivis étroitement par le comité de gestion des risques. Les suivis des progrès des plans d'amélioration de la qualité et de sécurité sont effectués au conseil d'administration chaque trimestre et hebdomadairement au comité exécutif et au comité des directeurs.

Une politique de déclaration et de divulgation des événements est en place. L'entreprise prône une culture d'apprentissage de l'erreur et de non-blâme. Des rapports sont complétés suite à un événement et une analyse avec l'implication des employés, résidents et familles est faite. Des actions sont mises en place pour éviter une récurrence.

Plusieurs audits sont effectués selon un calendrier annuel préétabli au niveau corporatif et local dans chaque site. Divers intervenants sont identifiés et participent au processus des audits. Les résultats des audits sont communiqués au personnel et affichés dans les unités de vie et services. Nous invitons l'organisation à considérer la diffusion des résultats des audits et des bons coups sur les écrans de communication. De plus, des audits indépendants sont effectués par les 3 partenaires du réseau depuis l'automne 2022 dans le processus en cours de conventionnement des 128 lits de CHSLD pour assurer le maintien des processus et la pérennité de l'amélioration de la qualité en milieu de vie.

Des sondages de satisfaction de la clientèle sont effectués par l'organisation et par le comité des résidents. Dans le cadre de la visite, les employés ont participé aux sondages de culture de sécurité et de la qualité de vie au travail. Des plans d'action découlant de l'analyse des résultats ont été élaborés avec des suivis pour connaître le progrès des réalisations.

Dans une perspective d'excellence des soins, nous encourageons l'entreprise à continuer son engagement à maintenir le processus d'amélioration continue de la qualité et à poursuivre les projets d'amélioration continue de la qualité.