AGRÉMENT CANADA

Force motrice de la qualité des services de santé

Rapport d'agrément

Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph inc.

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 9 au 10 juin 2014

Date de production du rapport : 25 juin 2014

ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

Driving Quality Health Services
Force motrice de la qualité des services de santé

Agréé par l'ISQua

Au sujet du rapport

Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph inc. (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en juin 2014. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

© Agrément Canada 2014

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

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,

Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	3
1.4 Analyse selon les normes	4
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	9
3.0 Résultats détaillés de la visite	10
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	11
3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services	11
3.1.2 Processus prioritaire : Gestion des ressources	13
3.1.3 Processus prioritaire : Capital humain	14
3.1.4 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	16
3.1.5 Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	18
3.1.6 Processus prioritaire : Communication	19
3.1.7 Processus prioritaire : Environnement physique	20
3.1.8 Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	21
3.1.9 Processus prioritaire : Cheminement des clients	22
3.1.10 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	23
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	24
3.2.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments (normes adaptées)	24
3.2.2 Ensemble de normes : Prévention des infections	26
3.2.3 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée	28
4.0 Résultats des outils d'évaluation	31
4.1 Sondage sur la culture de sécurité des patients	31
4.2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	33
Annexe A Programme Qmentum	35
Annexe B Processus prioritaires	36

Section 1 Sommaire

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

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

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

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

1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph inc. a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

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

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 9 au 10 juin 2014**

- **Emplacement**

  L'emplacement suivant a été évalué pendant la visite d'agrément.

  1 Ma Maison Saint-Joseph

- **Normes**

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

  Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

  1 Gestion des médicaments (normes adaptées)
  2 Normes sur le leadership
  3 Prévention des infections

  Normes sur l'excellence des services

  4 Services de soins de longue durée

- **Outils**

  L'organisme a utilisé les outils suivants :

  1 Sondage sur la culture de sécurité des patients
  2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	19	3	0	22
Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	11	0	0	11
Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	95	7	10	112
Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	37	5	1	43
Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	26	3	1	30
Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	7	0	0	7
Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	129	10	13	152
Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	13	0	0	13
Total	**337**	**28**	**25**	**390**

1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur le leadership	38 (84,4%)	7 (15,6%)	1	71 (84,5%)	13 (15,5%)	1	109 (84,5%)	20 (15,5%)	2
Prévention des infections	39 (100,0%)	0 (0,0%)	14	35 (94,6%)	2 (5,4%)	7	74 (97,4%)	2 (2,6%)	21
Gestion des médicaments (normes adaptées)	24 (85,7%)	4 (14,3%)	1	12 (100,0%)	0 (0,0%)	0	36 (90,0%)	4 (10,0%)	1
Services de soins de longue durée	24 (100,0%)	0 (0,0%)	0	71 (98,6%)	1 (1,4%)	0	95 (99,0%)	1 (1,0%)	0
Total	**125 (91,9%)**	11 (8,1%)	16	189 (92,2%)	16 (7,8%)	8	314 (92,1%)	27 (7,9%)	24

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Abréviations dangereuses (Gestion des médicaments (normes adaptées))	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Normes sur le leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments (normes adaptées))	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments (normes adaptées))	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments (normes adaptées))	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Processus de retraitement (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	3 sur 3
Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes			
Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le Centre d'hébergement de la Maison St Joseph Inc. est une corporation créée en 1839 par la Congrégation des Petites Sœurs des Pauvres. Au départ de ce groupe de religieuses en 2011, le centre d'hébergement a été intégré à la Province Émilie-Gamelin des Sœurs de la Providence.

Clairement, l'engagement et le dévouement du personnel auprès de la clientèle sont à souligner. Il y a des équipes de travail stables, avec peu de ressources de main d'œuvre indépendante (MOI). Quoique l'intégration des nouvelles ressources se fasse de manière harmonieuse avec l'équipe en place, il est important que l'organisme évalue ses besoins de main-d'œuvre à court, moyen et long terme. Il est prévisible d'estimer les retraites des employés selon les données démographiques disponibles et de préparer un plan complet de dotation. Le personnel travaille dans un environnement sécuritaire et adapté aux besoins de la clientèle. On se soucie de la qualité de vie au travail pour les employés, mais des évaluations systématiques du personnel doivent être tenues et des plans d'action élaborés pour répondre aux doléances de ces derniers. Les relations entre les employés et les différents paliers hiérarchiques semblent parfois difficiles et tendues.

La faible présence de gestionnaires auprès des équipes se fait sentir et on observe une iniquité marquée entre la présence des représentants de la direction pour les deux installations soit la Maison St-Joseph et le CHSLD Providence Notre-Dame-de-Lourdes. Cette situation provoque des écarts entre les deux centres, en ce qui a trait à la réalisation et l'implantation de certains programmes administratifs et cliniques. Une réflexion doit être entreprise rapidement à ce sujet.

Afin d'apprécier davantage les forces et les défis de l'établissement, il aurait été souhaitable d'échanger avec les membres du Conseil d'administration et la haute direction pour saisir la dynamique vécue entre les différents paliers hiérarchiques et leur vision à court, moyen et long terme.

Les partenariats avec les organismes de la communauté sont solides et cohérents tant au niveau académique notamment avec les écoles et le milieu d'enseignement qu'aux niveaux culturels et sociaux et font en sorte que le centre d'hébergement de la Maison St-Joseph rayonne et est intégré solidement à sa communauté. Des stagiaires, des bénévoles sont ainsi présents quotidiennement pour le mieux-être et le bien-être des résidents.

Au niveau de l'équipe de direction, autant la haute direction que les cadres intermédiaires, on y retrouve un nombre important de nouveaux arrivés et il est important que le conseil d'administration stabilise ces équipes de gestion. La proximité et la communication entre tous les paliers de l'organisation doivent être favorisées et encouragées, comme définies dans la nouvelle mission et les valeurs de la Maison St-Joseph.

La direction de la Maison St-Joseph sonde également ses résidents pour évaluer leur niveau de satisfaction. Les résultats de ces sondages sont encourageants et dénotent un taux important de satisfaction de la clientèle. Autant la qualité des soins, l'interaction avec les employés sont clairement un aspect positif. En contrepartie, la satisfaction au sujet de l'alimentation et des activités de loisirs est plus fragile. Des actions sont déjà en cours pour contrer ces lacunes.

Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
Sécurité liée à l'héparine L'organisme évalue et limite la disponibilité des produits à l'héparine et retirer les formats à dose élevée.	· Gestion des médicaments (normes adaptées) 1.6

Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership		
4.1	Le personnel d'encadrement de l'organisme participe à un processus qui vise à élaborer ou à mettre à jour l'énoncé de mission.	
4.3	Le personnel d'encadrement de l'organisme incite la communauté à participer à la planification des services.	
5.3	L'information que l'organisme possède au sujet de la communauté est gardée dans un format à jour qui en facilite la compréhension.	
6.2	Au moment d'élaborer les plans opérationnels, le personnel d'encadrement de l'organisme obtient les commentaires du personnel, des prestataires de services, des bénévoles et d'autres partenaires, et communique les plans à l'échelle de l'organisme.	
6.5	Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un processus pour gérer les changements.	

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

Le personnel d'encadrement, les employés, les familles et les bénévoles participent à la définition et la mise à jour de l'énoncé de valeurs, la mission et la vision de l'organisme. Ces éléments, dans le cadre de la planification stratégique 2014-2017, ont été revus, corrigés et mis à jour.

La planification stratégique et la planification opérationnelle sont également à jour et reflètent le dynamisme que l'organisation se donne pour les prochaines années. Des buts et des objectifs précis sont identifiés et mesurables et sont conformes aux énoncés de mission et aux valeurs.

L'organisme doit accélérer la diffusion de la mission, la vision et les valeurs au personnel, prestataires de services, aux résidents, aux familles et aux partenaires.

La direction de la Maison St-Joseph recueille plusieurs informations sur l'état de santé de la communauté de concert avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, mais doit prévoir des moyens de les diffuser à l'ensemble du personnel.

Il est notable de noter les nombreux partenariats que développe l'organisme pour s'intégrer à sa communauté environnante et comme citoyen corporatif. La Maison St-Joseph est bien implantée dans la communauté locale de Hochelaga Maisonneuve.

3.1.2 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

La direction des ressources financières et informationnelles de la Maison St-Joseph opère avec un souci du détail et une rigueur élevée. Les politiques et les procédures mises en place sont appropriées, pertinentes et diffusées à l'ensemble du personnel concerné. Les suivis inhérents à ces contrôles sont exercés dans les délais prescrits et les correctifs apportés rapidement.

Les gestionnaires possèdent les informations requises pour prendre les décisions dans les délais prescrits, pour le mieux-être et la pérennité de l'organisation.

La gestion des ressources est effectuée selon les plus hauts standards reconnus dans le milieu des soins de longue durée.

3.1.3 Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership		
2.13	L'organisme contrôle la qualité de sa culture axée sur un milieu de travail positif en se servant du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail. 2.13.2 L'organisme a pris des mesures pour réagir aux résultats de son dernier sondage sur la qualité de vie au travail.	!
10.4	Le personnel d'encadrement de l'organisme établit un plan de gestion des talents qui comprend des stratégies de développement des capacités de l'équipe de leadership et des compétences au sein de l'organisme.	
10.7	L'organisme définit par écrit les rôles et les responsabilités en matière de sécurité des usagers.	!
10.12	Le personnel d'encadrement de l'organisme mène des entrevues de départ et utilise cette information pour améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs.	

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

La direction de la Maison St-Joseph tend à développer une culture axée sur les ressources humaines et la force de ses employés. Des énergies additionnelles doivent être investies pour stabiliser, en premier lieu, l'équipe de direction et les gestionnaires afin de bâtir une équipe, forte, cohérente et qui tend vers des objectifs communs et connus.

Les gestionnaires prennent les moyens requis pour appuyer la formation et le perfectionnement du personnel. Un plan de développement des ressources humaines est planifié et mis en œuvre.

La direction a développé des indicateurs de ressources humaines pertinents et utiles, mais ils sont diffusés de manière restreinte et peu communiqués au personnel.

Le recrutement du personnel est efficace, puisque peu de postes, nommément un poste à temps partiel de nuit, sont vacants. Le taux de main d'œuvre indépendante est aussi peu significatif et le taux des heures supplémentaires est à un niveau acceptable.

Compte tenu de la main-d'œuvre vieillissante, un plan de relève et de dotation est requis pour pallier les départs attendus dans les prochaines années.

Au niveau des évaluations au rendement, elles semblent effectuées de manière concise, selon la politique en vigueur. La politique encadre bien les actions et les échéanciers, et ce pour tous les postes.

Finalement, la direction doit s'assurer de mettre en place un processus complet d'entrevues de départ et d'analyses de ces résultats, particulièrement auprès des gestionnaires, compte tenu du taux de roulement élevé observé depuis quelques années par ces derniers.

3.1.4 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership		
3.8	Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise et appuie le recours systématique à des processus et à des protocoles normalisés ou aux guides des meilleures pratiques pour réduire les variations entre les services et les soins, s'il y a lieu.	
12.7	Dans le cadre de sa méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme évalue la qualité des services contractuels.	
15.10	L'organisme surveille sa culture de sécurité des usagers en ayant recours au Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers. 15.10.2 L'organisme a pris des mesures en réaction aux derniers résultats du Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers.	!
16.1	Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un plan intégré d'amélioration de la qualité.	!
16.2	Le personnel d'encadrement de l'organisme suit un processus défini pour sélectionner et surveiller les processus et les mesures de résultats à l'échelle de l'organisme dans le but d'évaluer le rendement de l'organisme d'un point de vue stratégique.	!

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

L'organisme travaille conjointement avec les divers intervenants pour s'assurer d'un milieu de travail sain et sécuritaire. L'amélioration de la qualité est une priorité stratégique et opérationnelle. Des formations ponctuelles sont même offertes au personnel sur les notions de sécurité et de gestion des risques.

Le comité de gestion des risques est opérationnel et cerne les problématiques diverses et ajuste le milieu de travail en conséquence. Des indicateurs sont ciblés et diffusés dans toute l'organisation, aux résidents et membres des familles. Toutefois, la composition du comité de gestion des risques est incomplète puisqu'aucun représentant des résidents et membres des familles n'en fait partie, en plus de la haute direction.

L'organisme doit également favoriser l'apprentissage à partir des résultats de l'amélioration de la qualité et de la prise de décisions fondées sur la recherche et les données probantes. La direction doit également favoriser et appuyer le recours systématique à des processus et à des protocoles normalisés ou aux guides des meilleures pratiques pour réduire les variations entre les services et les soins.

L'analyse prospective, réalisée en 2013-2014 sur le « processus d'utilisation des ordonnances collectives » a été réalisée avec rigueur et les mesures mises en place répondent aux critères établis par Agrément Canada.

La direction doit mettre en œuvre un plan intégré de la qualité, afin de canaliser les informations relatives à la sécurité, à la gestion des risques et à l'amélioration continue de la qualité.

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
1.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme renforce la capacité de l'organisme à utiliser le cadre conceptuel en matière d'éthique.	

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

Le cadre conceptuel en éthique est complet, rigoureux et concis. Il précise et met en perspective la mission, les valeurs, la philosophie de gestion ainsi que les objectifs divers de l'éthique. Il est axé sur deux volets principaux, soit l'éthique organisationnelle et l'éthique clinique.

Un comité d'éthique est en voie d'être réactivé, après près de quatre années d'absence. L'organisme doit mettre en œuvre et diffuser le cadre conceptuel en éthique, rapidement, et planifier des activités de formation et de sensibilisation auprès du personnel afin de mettre en évidence les principaux aspects du cadre conceptuel en éthique. Quoique le comité d'éthique soit absent depuis plusieurs années, les rencontres des équipes interdisciplinaires servent à l'occasion pour discuter de situations litigieuses et éthiques qui concernent les résidents.

3.1.6 Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership		
7.4	Le personnel d'encadrement de l'organisme collabore avec le conseil d'administration pour élaborer et mettre en oeuvre un plan de communication en vue de diffuser de l'information aux partenaires de l'interne et de l'externe, et en recevoir d'eux.	
7.5	Le personnel d'encadrement de l'organisme consulte régulièrement les partenaires pour évaluer l'efficacité de ses relations avec ceux-ci.	
11.5	Le personnel d'encadrement de l'organisme offre au personnel et aux prestataires de services l'accès en temps opportun à des données fondées sur la recherche et de l'information fondée sur les pratiques exemplaires et les meilleures pratiques.	!

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

La direction de la Maison St-Joseph, travaille étroitement avec ses partenaires de la communauté et est très impliquée dans le quartier. L'organisme est notamment présent auprès de certaines institutions d'enseignement, résidence pour personnes âgées et commerçants.

L'organisme doit identifier et utiliser des données probantes, d'organismes similaires, pour mieux évaluer sa performance et ainsi identifier des zones d'amélioration continue des soins et des services.

La direction doit finaliser et diffuser son plan de communication pour atteindre les nombreux objectifs de communication et de rayonnement interne et externe de la Maison St-Joseph. Un plan de communication est développer, mais son approbation et sa diffusion restent à faire.

3.1.7 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Le centre est situé en ville au milieu d'un vaste espace vert utilisé par les résidents et leurs familles. De plus des espaces communs sont aussi mis à la disposition des résidents et leurs familles. Un nouveau partenariat a été mis sur pied pour créer un potager et les résidents pourront profiter de produits frais à la fin de la saison. Les unités de vie sont réparties sur deux étages et chacune a un poste de garde, des salles de bain, des espaces de rangement ainsi qu'une grande salle à manger réduisant ainsi les transports verticaux.

Certaines des unités de vie ont été rénovées récemment et il est prévu de faire de même sur les autres unités. Une équipe interdisciplinaire se rencontre durant les projets de construction pour en assurer le suivi. L'équipe de direction est en pourparlers avec l'Agence de santé dans le but d'y transférer 34 résidents hébergés dans d'autres centres leur appartenant.

Chacun des résidents a une chambre privée avec salle de bain. L'équipe des services techniques maintient le centre en excellente condition et la propreté est présente partout. Un nouveau logiciel a été intégré aux activités quotidiennes des services techniques pour assurer le suivi de l'entretien et le remplacement des équipements. Il est prévu que les gestionnaires et leaders cliniques aient aussi accès à ce logiciel pour faciliter le suivi des demandes de réparations.

Le centre possède une génératrice qui est vérifiée régulièrement pour assurer la disponibilité de l'électricité selon les besoins des résidents.

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

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership		
14.5	Le personnel d'encadrement de l'organisme met régulièrement à l'essai les plans d'intervention pour tous les dangers en vue de sinistres ou d'urgences de l'organisme en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité de répondre à ces situations.	!
14.6	Le personnel d'encadrement de l'organisme utilise les résultats de l'analyse et du bilan qui font suite à l'exercice, et revoit au besoin les plans et procédures d'intervention pour tous les dangers en cas de sinistres ou d'urgences.	

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

L'équipe vient de compléter un nouveau Plan de mesures d'urgence et de sécurité incendie. Ce plan a été préparé avec le concours d'un consultant externe et a pris en compte les nouvelles normes pour les urgences et les besoins spécifiques du centre. Tous les membres du personnel ont une liste des codes d'urgence avec le code de couleur affichée sur leur carte d'identité pour référence rapide. La majorité du personnel a reçu de la formation. Les étapes à venir prévoient des exercices d'urgence suivis de sessions avec comptes-rendus. Les sessions sont planifiées pour chaque quart de travail, mais elles n'ont pas encore débuté et ceci doit être opérationnalisé très prochainement.

Un système de garde est en place pour soutenir le personnel durant les 24 heures et tous les membres du personnel connaissent leur rôle. Ceci inclut le plan de communication avec les familles, la presse et les autres acteurs du système de santé en cas de désastre.

Le centre a un plan en cas de pandémie qui a été préparé avec la collaboration de la Direction de la santé publique.

Des contrats ont été signés avec d'autres établissements pour avoir des espaces disponibles pour le transfert de résidents en cas de désastre.

3.1.9 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Des partenariats existent entre le Centre d'hébergement de la Maison St-Joseph, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et des tables régionales de concertation, facilitant ainsi l'analyse des informations sur la clientèle présente et celle à venir.

Le cheminement des résidents est fluide, connu et respecté.

3.1.10 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

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

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

Un système est en place pour la sélection, l'acquisition et l'entretien des équipements médicaux. La direction s'assure que les employés reçoivent de la formation sur l'utilisation sécuritaire des nouveaux équipements à l'embauche et lors de mise à jour annuelle selon les besoins. Les gestionnaires publient un bulletin 4 fois par année où sont présentées des mises à jour d'utilisation sécuritaire d'équipements tels que les lève-patients.

Tous les incidents et accidents reliés aux équipements médicaux sont revus par les gestionnaires. À la suite de cette évaluation, des mesures correctives sont identifiées et appliquées. Celles-ci peuvent être le retrait d'équipement défectueux, formation du personnel, révision des plans de travail, etc.

Chacun des équipements possède une fiche concernant son entretien et le nettoyage ainsi que tout changement dans la procédure lors d'écolsion.

3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

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

Aide à la décision

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

Impact sur les résultats

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

Gestion des médicaments

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

Prévention des infections

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

3.2.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments (normes adaptées)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
1.2 L'équipe suit un processus défini pour gérer les médicaments sur ordonnance qu'apportent les clients dans l'organisme.	!
1.6 L'organisme évalue et limite la disponibilité des produits à l'héparine et retirer les formats à dose élevée. 1.6.1 L'organisme a fait un inventaire des produits à l'héparine entreposés dans la pharmacie et dans toutes les unités de soins aux patients.	POR **PRINCIPAL**

1.6.2	L'inventaire comprend la vérification des produits et des quantités entreposés; l'évaluation de l'utilisation prévue de chaque produit à l'héparine entreposé (en lien avec des lignes directrices fondées sur des données probantes) ; et l'identification des produits non nécessaires qu'il faudra retirer.	**PRINCIPAL**
2.7	L'organisme protège la santé et la sécurité du personnel qui transporte, administre et élimine les médicaments cytotoxiques.	!
3.6	L'équipe utilise des critères de sélection pour déterminer quels clients sont autorisés à s'autoadministrer des médicaments.	!
3.7	L'équipe supervise les clients qui s'autoadministrent des médicaments.	!

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

L'organisme travaille étroitement avec un fournisseur externe, soit le Groupe Santé Cardinal. Ce Groupe est compétent et les structures mises en place par ce dernier répondent clairement aux normes reconnues en regard à la qualité du service et la sécurité des outils mis en place.

L'équipe entrepose les médicaments dans un lieu sûr, approprié et conforme à la politique organisationnelle. Les réserves sont bâties en collaboration avec les médecins. L'organisme prend les moyens requis pour que seul le personnel autorisé ait accès aux médicaments. L'achat des chariots de médicaments automatisés répond aux plus hauts standards reconnus en matière de sécurité.

L'organisme doit prendre les moyens pour encadrer l'entreposage de l'héparine et ainsi tenir un inventaire serré des besoins réels pour la clientèle.

Quoique le personnel ait accès à des données sur les médicaments avec le CPS et internet, une réflexion des outils informatiques crédibles et probants sur les médicaments est requise et des capsules de formation ponctuelles doivent être envisagées.

La direction des soins et des services doit développer un protocole pour l'auto-administration des médicaments. Ce protocole doit inclure les critères de sélection pour déterminer quel résident est autorisé à s'autoadministrer et qui de l'équipe doit les superviser.

3.2.2 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections		
4.7	L'organisme revoit et met à jour ses politiques et procédures au moins tous les trois ans et à mesure que de nouveaux renseignements lui sont acheminés.	
10.1	Les rôles et les responsabilités sont définis au sein de l'organisme en ce qui concerne le nettoyage et la désinfection de l'environnement physique.	

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

La prévention des infections est une valeur importante et l'équipe de direction en fait la promotion auprès du personnel autant durant l'orientation des nouveaux employés que lors de session de formation continue auprès du personnel régulier. Le centre démontre une approche d'équipe au sujet de la prévention des infections.

Au cours des derniers mois, la conseillère-cadre responsable de la prévention des infections a dû s'absenter et n'a été que partiellement remplacée, amenant ainsi une diminution du soutien aux équipes de soins. Un programme de prévention des infections est implanté et disponible pour consultation à tout le personnel et aux bénévoles. Le manuel doit être mis à jour, car la dernière révision date de 2010.

La chef d'unité qui remplace la conseillère effectue la surveillance et le contrôle des infections nosocomiales. Elle partage les résultats avec l'équipe et la direction à chaque période. Elle s'assure aussi du suivi continu de toutes les infections et des isolements avec l'aide des autres gestionnaires cliniques et en collaboration avec le CSSS et la Direction de la santé publique.

Des sessions de formation sont offertes au personnel, aux bénévoles, aux visiteurs et leurs familles sur une base continue. Les sujets sont choisis selon les saisons ou les besoins identifiés chez les résidents. Beaucoup d'efforts ont été placés sur la présentation de cette information de façon créative au personnel. Par exemple les jeux de mots croisés, le « Glo-germ » et les kiosques et les bulletins qui ont permis une plus grande présence aux sessions de formation.

Pour assurer l'adhésion aux politiques et procédures, des audits ont été réalisés autant dans les endroits cliniques et non cliniques. Les résultats de ces audits ont été présentés au personnel ainsi que les recommandations pour améliorer la performance.

Le centre gère bien ses espaces pour s'assurer qu'il n'y a pas de contamination croisée entre le matériel et la lingerie propre et souillée. Le centre est très propre et les surfaces sont nettoyées comme il se doit.

De l'information est donnée aux familles durant le séjour de leur parent verbalement et par écrit. Lors de la rencontre annuelle des familles, la prévention des infections est toujours un des points à l'ordre du jour. Lors de ces rencontres, de l'information sur l'hygiène des mains, sur les éclosions et sur le matériel de prévention personnel. Cette information est consignée au dossier du résident.

Des lignes directrices concernant la vaccination grippale sont en place. Des cliniques de vaccination sont disponibles pour le personnel, visiteurs et bénévoles. Le taux de vaccination chez les résidents est très élevé et la direction continue de faire la promotion du vaccin auprès des employés dont le taux de vaccination augmente chaque année.

3.2.3 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
	L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences		
	L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
9.3	L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des résidents qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
	L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
	L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les gestionnaires appliquent les lignes directrices lors de l'admission d'un résident en CHSLD. Ils collaborent avec leurs partenaires dans l'évaluation des besoins de leur communauté et ont développé des programmes pour corriger les besoins non satisfaits. L'équipe de direction a identifié des orientations stratégiques découlant de la mission et des valeurs du centre.

Les fournitures médicales sont disponibles pour le personnel. Le processus d'approvisionnement est fait par chaque département ce qui peut amener des surplus d'inventaires et des achats inappropriés. L'équipe de direction est à réviser ce processus pour y apporter plus de rigueur. Le personnel a accès à l'équipement médical nécessaire pour prodiguer les soins aux résidents. Les rénovations récentes des salles de bain et l'ajout de leviers sur rail sont une belle amélioration.

L'équipe accueille des étudiants au centre et souhaite augmenter le nombre de stagiaires en leur permettant d'utiliser des espaces vacants comme salle d'enseignement. Les bénévoles sont les bienvenus et une augmentation de leur nombre a été observée récemment à la suite aux efforts de recrutement.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe est composée d'un groupe de travailleurs de la santé compétents, dévoués et empathiques. Les membres de cette équipe sont des préposés aux bénéficiaires, des infirmières, infirmières auxiliaires, un ergothérapeute, une technicienne en réadaptation, une technicienne en loisirs, une nutritionniste, travailleuse sociale, de personnel de pastorale, un pharmacien, des médecins et les gestionnaires. Les services techniques sont en soutien au reste de l'équipe.

L'équipe réalise diverses activités d'évaluation initiale et les résultats de ces dernières sont partagés lors de la première rencontre interdisciplinaire avec le résident et sa famille. Un processus d'évaluation du résident durant tout son séjour est en place et plusieurs programmes soutiennent les activités de l'équipe. Des outils de communication structurés existent pour assurer le partage d'informations d'un quart à l'autre, d'un professionnel à l'autre ainsi que du point de transfert vers un autre établissement.

Un programme d'orientation détaillé est en place et de la formation continue est offerte à tout le personnel pour s'assurer que leurs connaissances sont à jour et garantir la sécurité des résidents.

Les rôles et responsabilités des membres de l'équipe clinique sont bien connus et leur expertise est utilisée de façon appropriée. Le personnel confirme avoir reçu leur évaluation de rendement et souligne la présence d'un milieu de travail sain dans le centre.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Une équipe dévouée de travailleurs de la santé prodigue des soins de façon sécuritaire et empathique. L'équipe est soutenue par un groupe de gestionnaires qui s'est élargi pour couvrir tous les quarts de travail.

Un programme de préadmission est en place sous l'égide de la travailleuse sociale avec la participation des autres membres de l'équipe. Chaque demande d'admission est révisée et acceptée si elle satisfait les critères d'admission au niveau des services que le centre peut offrir. L'équipe est très ouverte à l'acceptation de résidents avec différents besoins pour autant que la sécurité des résidents et du personnel puisse être assurée avec le soutien nécessaire des experts dans la communauté.

Les familles mentionnent avoir été informées des changements concernant leur proche et elles reçoivent des réponses à leurs questions.

L'équipe complète le BCM selon la politique en vigueur et s'assure que le résident reçoit la médication appropriée. Le système d'administration de la médication est sécuritaire et la double vérification des médicaments à haut risque est effectuée. L'équipe a accès à une pharmacie d'urgence très complète. Un programme d'automédication doit être élaboré pour assurer l'administration sécuritaire de ces médicaments. L'équipe révise tous les rapports d'incidents-accidents concernant la médication.

Le personnel infirmier effectue les prélèvements et les analyses sont faites dans des laboratoires externes qui appellent ou télécopient les résultats qui sont révisés par les infirmières et l'équipe médicale. Un audit a été réalisé récemment pour s'assurer que les méthodes appropriées étaient utilisées et que les résultats ont été diffusés au personnel infirmier. Dans le passé, d'autres audits portant sur des tâches infirmières ont été faits pour évaluer et assurer une prestation de soin de qualité aux résidents.

Il y a très peu de plaies chez les résidents du centre; l'équipe tout entière est au fait des risques d'altération de la peau et tous veillent au maintien d'un bon positionnement pour minimiser les risques qui eux sont évalués sur une base régulière.

Les résidents ont un formulaire de niveau de soins complété dans leur dossier et une copie accompagne le résident lors d'un transfert en soins aigus. Le personnel offre du soutien à la famille lorsque le résident est en

fin de vie. Les membres de la famille peuvent demeurer au centre dans des salons ou dans des chambres rendus disponibles selon la demande.

Des activités sont offertes aux résidents durant toute la semaine dans le centre et à l'extérieur avec le soutien de plusieurs bénévoles. L'équipe avec le soutien de l'ergothérapeute travaille à élargir et à réorganiser l'éventail d'activités sociales en raison des changements observés au niveau des habiletés cognitives des résidents.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers sont gardés dans un endroit sécurisé accessible seulement au personnel clinique lorsque requis. Le contenu du dossier est bien organisé et approprié pour les besoins des résidents. Les lignes directrices concernant la documentation sont observées. Les gestionnaires s'assurent que l'information affichée dans les endroits publics respecte les normes de confidentialité.

Les rencontres interdisciplinaires se tiennent régulièrement pour suivre l'évolution des résidents que ce soit pour élaborer ou mettre à jour le plan d'intervention. Tout changement apporté au plan fait l'objet d'une discussion avec le résident et sa famille. L'équipe partage le résultat de ces évaluations lors du changement de quart et lors de discussion informelles sur les unités. Tous les membres de l'équipe se sentent à l'aise d'apporter leurs préoccupations aux autres membres de l'équipe. Par exemple, le préposé aux bénéficiaires peut s'adresser directement à l'ergothérapeute pour discuter de positionnement pour un résident. Les infirmières auxiliaires et les employés d'hygiène et salubrité rapporteront à l'équipe soignante tout changement de comportement chez le résident et tout le personnel est vigilant pour dénoncer toute situation potentielle d'abus à leur supérieur.

Le besoin de mise à jour du système d'information est connu et des plans sont en place pour remplacer des équipements qui en ont bien besoin. Ces mises à jour incluront l'accès aux banques de données provinciales de même qu'à un laboratoire comme site test.

Plusieurs nouveaux programmes basés sur des données probantes ont été élaborés. Notamment le programme de dépistage, l'évaluation et le suivi de la douleur, la prévention des chutes et les blessures qui y sont associées, l'évaluation du risque suicidaire et l'évaluation d'intervention interdisciplinaire de la dysphagie. L'équipe de gestion évaluera l'application et le succès de ces programmes dans le futur

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La direction évalue les résidents admis au centre. Un changement a été observé chez les résidents admis dans les dernières années et l'Agence de santé a été sollicitée dans le but de réévaluer l'alourdissement de la clientèle et le financement associé.

Il existe un processus pour évaluer les risques pour les résidents et des plans sont élaborés pour réduire ces risques. Tous les membres de l'équipe considèrent la sécurité des résidents comme une priorité.

Une procédure détaillée de double identification est en place même si sa compréhension varie chez les membres du personnel. Un audit sur l'implantation et la diffusion de cette procédure est requis pour en assurer une implantation et une application complète et continue.

Section 4 Résultats des outils d'évaluation

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

4.1 Sondage sur la culture de sécurité des patients

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

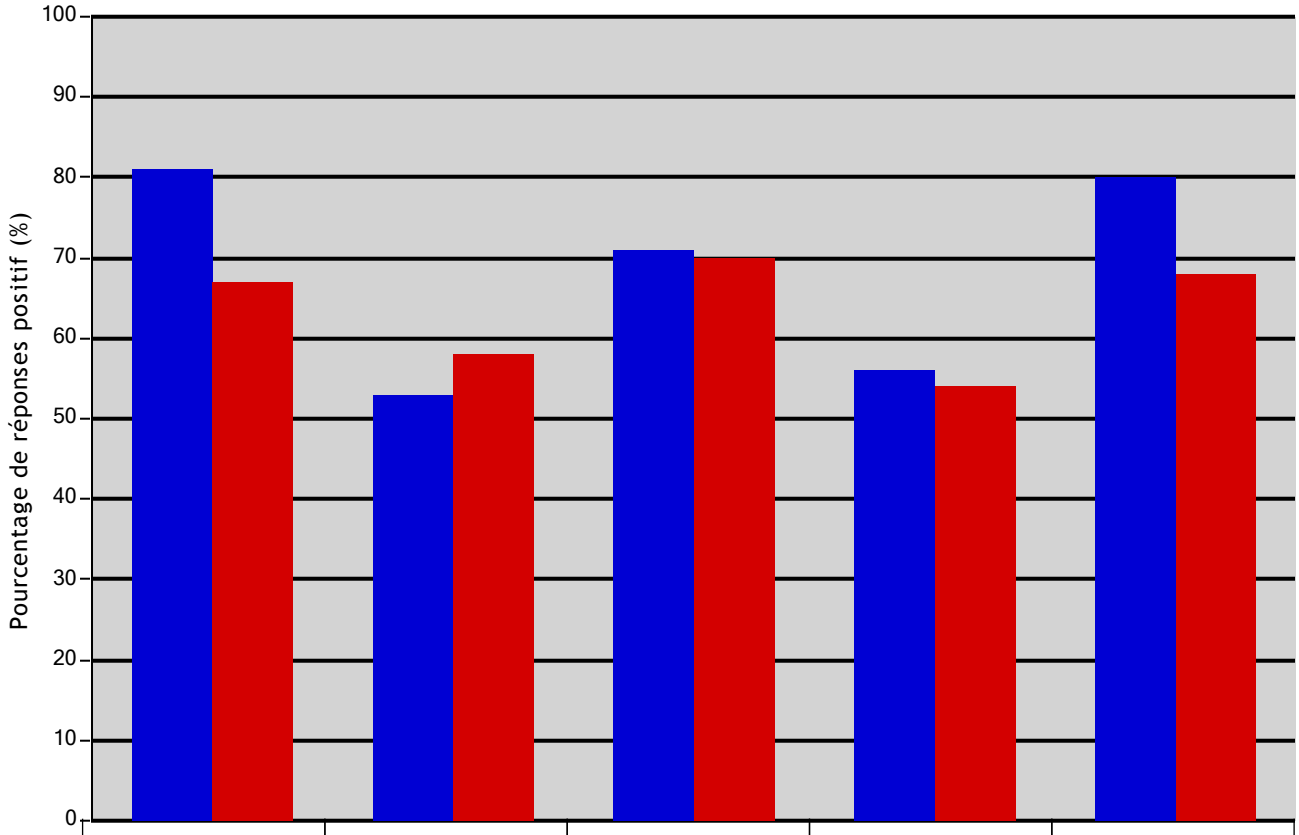
Les résultats de l'évaluation de la culture de sécurité des patients permettent à l'organisme de cerner ses points forts et ses possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des usagers et à la qualité de vie au travail.

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

- **Période de collecte de données : 22 avril 2013 au 24 mai 2013**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 55**
- **Nombre de réponses : 37**

L'échantillon est plus petit que prévu. Par conséquent, comme il se peut que les résultats ne soient pas représentatifs, les données suivantes sont présentées à titre d'information seulement.

Culture de sécurité des patients : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



	Soutien de la haute direction en matière de sécurité	Leadership des superviseurs en matière de sécurité	Culture d'apprentissage sur la sécurité des patients	Obstacles à la communication ou capacité de parler des erreurs	Perception de la sécurité des patients dans son ensemble
	81%	53%	71%	56%	80%
	67%	58%	70%	54%	68%

Légende

Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph inc.

* Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2013 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

4.2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

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

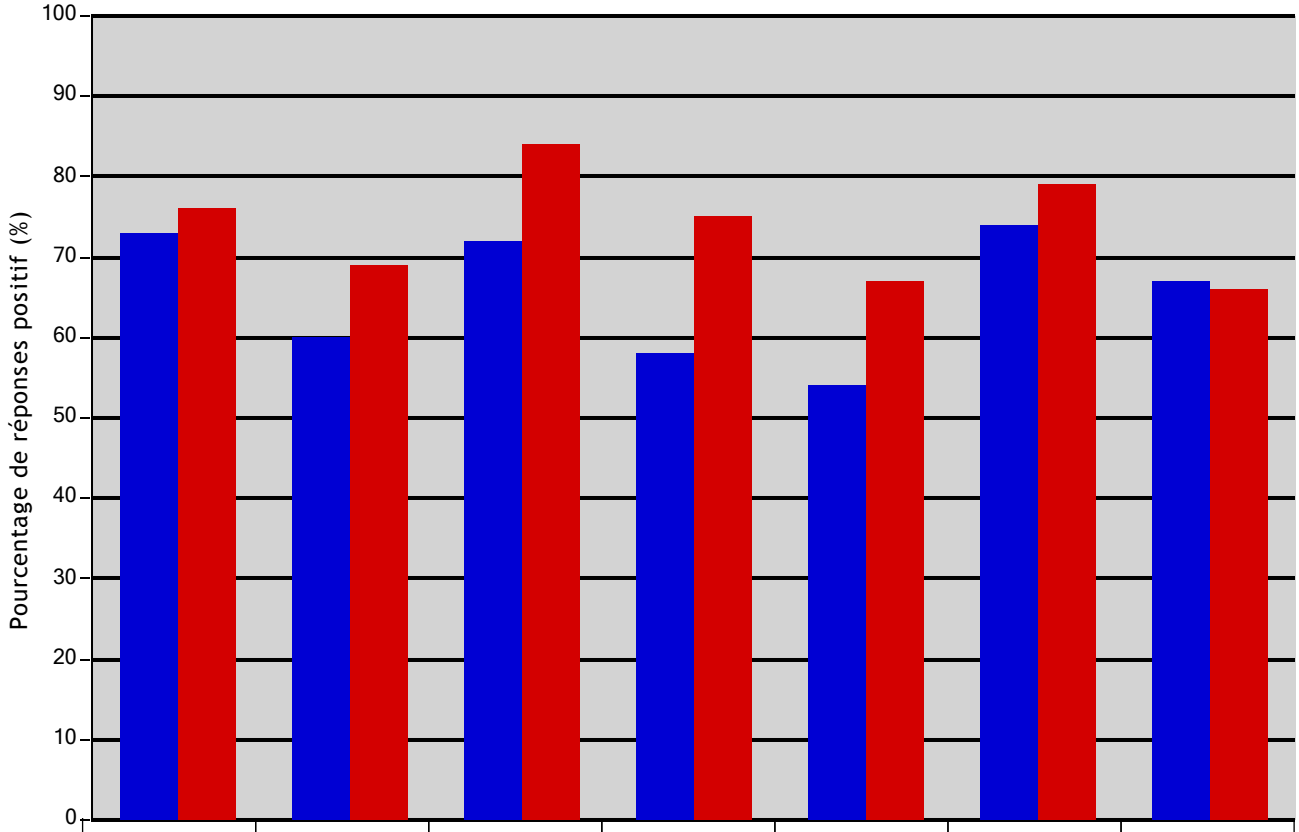
Les organismes peuvent utiliser les constatations qui découlent du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail pour cerner les points forts et les lacunes dans la qualité de vie au travail, inciter leurs partenaires à participer aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier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

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

- **Période de collecte de données : 22 avril 2013 au 24 mai 2013**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 74**
- **Nombre de réponses : 53**

L'échantillon est plus petit que prévu. Par conséquent, comme il se peut que les résultats ne soient pas représentatifs, les données suivantes sont présentées à titre d'information seulement.

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



	Travail	Formation et perfectionnement	Collègues de travail	Superviseur immédiat	La haute direction	Sécurité et santé	En général
	73%	60%	72%	58%	54%	74%	67%
	76%	69%	84%	75%	67%	79%	66%

Légende

Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph inc.

* Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2013 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Annexe A Programme Qmentum

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

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

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

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

Planification des mesures à prendre

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

Évaluation des preuves et amélioration continue

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

Annexe B Processus prioritaires

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

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

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

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

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

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

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

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