



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum^{MD}
Soins de longue durée

CHSLD Providence Saint-Joseph Inc.

Rapport publié : 11/07/2023

Table des matières

À propos d’Agrément Canada	3
À propos du rapport d’agrément	3
Confidentialité	3
Sommaire	5
À propos de l’organisation	5
Aperçu des observations de l’équipe de visiteurs	6
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	7
Aperçu du programme	8
Statut d’agrément	9
Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément	9
Pratiques organisationnelles requises	10
Résultats de l’évaluation divisés par chapitre	12
Gouvernance et leadership	12
Modèles de prestation de soins	14
Gestion des situations d’urgence et des catastrophes	16
Prévention et contrôle des infections	18
Gestion des médicaments	20
Expérience de soins des résidents	22
Aperçu de l’amélioration continue de la qualité	24

À propos d'Agrément Canada

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

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

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

À propos du rapport d'agrément

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

Dans le cadre de ce programme, l'organisation a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 12/06/2023 à 14/06/2023.

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

Le CHSLD Providence Saint-Joseph est un établissement de soins de longue durée privé, conventionné à but non lucratif, situé au cœur du quartier Rosemont Petite Patrie. Ce centre d'hébergement est reconnu comme organisme de bienfaisance enregistré en raison de sa structure de gouvernance qui le lie à une institution religieuse. Succédant aux Petites Sœurs des Pauvres, qui ont fondé ce centre en 1839, les Sœurs de la Providence ont acquis le Centre d'hébergement de la Maison-Saint-Joseph en septembre 2011, pour y poursuivre la mission de la Bienheureuse Émilie Tavernier-Gamelin, leur fondatrice.

En janvier 2016, dans le cadre de la création de la nouvelle image corporative, axée sur la mission Providence, l'établissement a été renommé CHSLD Providence Saint-Joseph. L'établissement est sous la gouverne des Sœurs de la Providence. Un seul et même conseil d'administration assure la gouverne du CHSLD Providence Saint-Joseph et le CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes.

L'organisation a vécu une transformation des espaces physiques avec des travaux majeurs ce qui a permis en octobre 2019, un transfert de 62 personnes hébergées du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes au CHSLD Providence Saint-Joseph. Le nombre de lits au permis est passé à 142.

Un projet de construction de 100 lits inspiré du concept maison des aînés est à la Phase 3 de l'analyse au niveau du MSSS pour priorisation au plan Québécois des infrastructures. Si le projet est priorisé et le financement octroyé, cette nouvelle construction permettra la relocalisation des 100 résidents du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes, car le bâtiment est vétuste selon l'analyse du ministère.

En 2021-2022, une enveloppe budgétaire ministérielle pour les immobilisations et équipements a permis l'achat de plusieurs équipements tels que des climatiseurs portatifs, des lève-patients sur rail, et des matelas curatifs.

La mission de l'organisme est d'offrir aux adultes vulnérables en perte d'autonomie un milieu substitut de vie, de façon temporaire ou permanente, avec des soins et des services médicaux, pharmaceutiques, infirmiers, psychosociaux, de réadaptation ainsi que des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance. Pour réaliser avec constance sa mission, le CHSLD Providence Saint-Joseph privilégie, dans toutes ses orientations, les valeurs fondamentales de compassion, de justice, de respect de la vie, d'imputabilité, et d'excellence.

L'organisation dessert la clientèle provenant de la région de Montréal et travaille en partenariat étroit avec le CIUSSS de l'Est de Montréal. La durée moyenne de séjour est de 12 à 18 mois avec 62 admissions en 2022-2023.

L'équipe est composée de 220 employés, dont divers titres d'emplois, incluant les professionnels cliniques œuvrant directement auprès des résidents et d'autres employés qui s'ajoutent aux équipes en soutien et en support pour assurer une prestation de soins et de services. Une équipe de 17 bénévoles s'ajoutent à l'équipe et contribuent aux nombreuses activités de loisirs organisés pour les résidents.

Depuis la dernière visite d'agrément, l'équipe de direction a été renouvelée avec l'arrivée de nouvelle directrice générale en avril 2022 et des quatre directeurs (DSSC, DRH, DRFIA, DRMT) qui sont arrivés entre 2021 et 2023.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

L'établissement détient un statut privé conventionné avec une structure de gouvernance appartenant à une congrégation religieuse. Le conseil d'administration est composé de 8 membres, dont 3 religieuses et 5 membres laïques. La complémentarité des expertises des membres du conseil d'administration favorise une saine gouvernance de l'établissement. Les membres du conseil d'administration sont actifs et participent à 4 comités : audit et finance, éthique et gouvernance, vigilance et qualité, et ressources humaines. Les rôles et responsabilités dans les comités sont partagés dans les dossiers traités en tenant en considération les compétences et champs d'expertise des membres.

Lors de la visite, le visiteur a eu une rencontre virtuelle avec les membres du conseil d'administration. Les membres rencontrés sont engagés et dévoués à poursuivre la mission du centre d'offrir des soins et services de qualité aux résidents hébergés dans un environnement sécuritaire empreint d'humanisme et de compassion. Les membres du conseil d'administration expriment une bonne synergie d'équipe avec des communications fluides, ouvertes, et transparentes.

Depuis les deux dernières années, le centre a vécu un roulement important dans l'équipe de direction avec l'arrivée d'une nouvelle directrice générale et de quatre directeurs. Nous constatons une équipe de direction engagée et motivée qui prône une gestion participative et une gestion de proximité favorisant le travail d'équipe, l'interdisciplinarité, et le partenariat avec le résident et la famille. Le personnel rencontré est dévoué et soucieux du bien-être des résidents et familles.

Les partenaires communautaires contactés témoignent d'une approche collaborative et proactive au sein de l'équipe avec respect et transparence. Les résidents et les familles rencontrés ont exprimé une grande satisfaction à l'égard de soins et services reçus et nous confirment que le partenariat avec le résident et la famille est un acquis au niveau des services (ex : plans de soins, rencontres interdisciplinaires, et BCM) et dans le pouvoir décisionnel. L'adjointe à la directrice générale organise de façon régulière des groupes de discussion sous la forme de causeries avec les personnes hébergées et leurs proches. L'objectif est de mieux cerner les besoins et les attentes des résidents pour y répondre de façon adéquate et optimale.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Dans un contexte national de pénurie de main-d'œuvre et de mobilité de personnel, l'établissement est en compétition étroite avec d'autres établissements de santé pour l'attraction, le recrutement, et la rétention de la main-d'œuvre.

L'organisation a travaillé avec des consultants externes pour développer une image de marque employeur afin d'augmenter les opportunités de recrutement, mais aussi de développer un fort sentiment d'appartenance permettant une meilleure rétention. Avec la nouvelle équipe de direction en place, le comité RH du conseil d'administration travaillera étroitement avec le DRH pour donner suite aux recommandations découlant du rapport du consultant.

Des partenariats ont été créés avec des maisons d'enseignements tels que le Collège Maisonneuve, Collège des Faubourgs, Collège Marie-Victorin, et l'École Antoine de St Exupéry afin d'accueillir différents stagiaires dans divers programmes et ainsi assurer une pérennité dans les futures embauches et se démarquer comme employeur de choix.

L'enjeu majeur pour l'organisation demeure le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre. L'organisation a vécu de nombreux départs d'employés lors de la pandémie. Plusieurs postes demeurent vacants avec un pourcentage plus élevé dans le titre d'emploi d'infirmière. L'organisation fait recours aux agences pour la main-d'œuvre indépendante pour divers titres d'emplois pour combler ses besoins en main-d'œuvre.

Considérant que l'équipe de direction est responsable du CHSLD Saint-Joseph et le CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes, la consolidation des pratiques cliniques et des politiques et procédures favorisera une harmonisation à travers l'ensemble des services. La charge de travail demeure un défi pour la petite équipe de direction qui est responsable des deux établissements.

Pour les domaines d'excellence, nous soulignons la couverture médicale avec trois médecins et une garde 24 heures sur 24 heures et 7 jours sur 7. Le service contractuel externe d'une pharmacie communautaire prendra fin le 31 octobre 2022 pour intégrer un service de pharmacie interne qui assurera la préparation et la distribution des médicaments pour les 2 installations. La présence de 1.7 ETC de pharmaciens sur place permettra un support clinique auprès des équipes. Considérant le nombre de médecins et de pharmaciens au service de l'organisation, le quorum minimum requis de 5 requis est atteint pour créer le conseil des médecins, pharmaciens, dentistes (CMDP).

L'approche centrée sur la personne est bien inculquée et intégrée à travers l'organisation. Le résident est au centre des préoccupations. L'organisation prône une étroite collaboration avec le résident, proche aidant, et famille.

L'organisation possède une chapelle avec des qualités architecturales favorisant la poursuite de la mission de la fondatrice la Bienheureuse Émilie Tavernier-Gamelin. Par ce fait même, les résidents, familles, et employés peuvent assister à une messe quotidienne 7 jours sur 7.

L'organisation jouit d'un établissement qui a été rénové et modernisé au cours des années afin de répondre aux exigences de milieux de vie. Les chambres individuelles sont vastes et bien aménagées avec le mobilier.

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 Providence Saint-Joseph Inc. est :

Agréé avec mention

L'organisation dépasse les exigences fondamentales du programme d'agrément.

Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément

Cette organisation exerce ses activités dans 1 installation 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
Ma Maison Saint-Joseph	✓

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	7 / 8	87.5%
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	Divulgence 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	1 / 3	33.3%
Prévention et contrôle des infections	Taux d'infection	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Médicaments de niveau d'alerte élevé	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Sécurité liée à l'héparine	0 / 0	0.0%

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gestion des médicaments	Sécurité liée aux narcotiques	1 / 1	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	5 / 5	100.0%

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 : 98.4% des critères sont conformes

1.6% 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 CHSLD Providence Saint-Joseph est un établissement de soins de longue durée privé conventionné. Il détient un statut privé avec une structure de gouvernance appartenant à une congrégation religieuse. Le recrutement et la sélection du DG sont déterminés et approuvés par la congrégation religieuse et entérinée par le conseil d'administration.

Le conseil d'administration est composé de huit membres, dont trois religieuses et cinq membres laïques. La complémentarité des expériences de travail et des expertises des membres du conseil d'administration favorise une saine gouvernance de l'établissement. Les membres sont actifs et participent à quatre comités : audit et finance; éthique et gouvernance, vigilance et qualité, et ressources humaines. Nous retrouvons trois membres du conseil d'administration qui siègent sur chacun de ces comités et avec des mandats précis qui leur sont confiés. Les rôles et responsabilités sont bien définis et partagés au sein du conseil d'administration ainsi que dans les comités.

Lors de la visite, le visiteur a eu une rencontre virtuelle avec six membres du conseil d'administration. Les membres sont dévoués et engagés à poursuivre la mission de la fondatrice, la Bienheureuse Émilie Tavernier-Gamelin. Cette mission est d'offrir des soins et des services à des personnes adultes vulnérables et en perte d'autonomie par un personnel compétent dans un environnement sécuritaire empreint d'humanisme et de compassion.

Le conseil d'administration évalue leur rendement suite à chaque séance tenue et cerne des possibilités d'amélioration s'il y a lieu et y donne suite. De plus, un plan d'action découlant des résultats du sondage de l'évaluation du fonctionnement de la gouvernance a été élaboré avec des mesures de suivis spécifiques et des échéanciers. Une formation d'une demi-journée sur la gestion des risques par un spécialiste de la gouvernance est prévue pour octobre 2023.

Les membres expriment une bonne synergie d'équipe avec des communications fluides, ouvertes, et transparentes. Il existe une très bonne collaboration entre la présidente du conseil d'administration, les membres du conseil d'administration, et la directrice générale.

Le conseil d'administration a participé activement dans la démarche de l'exercice de planification stratégique 2022-2025 avec l'accompagnement d'un consultant externe. La participation des partenaires externes, le comité des usagers, les religieuses, les employés, les résidents et les familles a été sollicitée via des sondages, des entrevues, des rencontres, et des comités de travail. Le plan stratégique est inspiré de la mission, vision, et valeurs de l'organisation. Le plan a été communiqué et diffusé aux

partenaires externes et internes.

Des rapports trimestriels sur la gestion de la qualité et la gestion de risques sont présentés au conseil d'administration. Il fait des recommandations et en assure le suivi. Un suivi sur les portefeuilles de projets découlant des plans opérationnels par direction et en alignement avec le plan stratégique sont également présentés à chaque séance du conseil d'administration par la directrice générale ou par un directeur à tour de rôle qui est invité.

Le cadre de référence en matière d'éthique recommandé par le comité d'éthique et de gouvernance a été révisé et doit être approuvé au conseil d'administration. Ce document servira comme outil de référence pour le CHSLD Providence Saint-Joseph ainsi que Providence Notre-Dame de Lourdes pour le développement et au soutien d'une intégration de l'éthique à tous les niveaux de l'organisation.

La politique pour prévenir et contrer la violence et le harcèlement en milieu de travail a été révisée et adoptée par le conseil d'administration au début de mai 2023. La formation n'a pas encore été déployée aux employés et elle sera offerte au cours de l'année 2023-2024.

Compte tenu d'un changement important au sein de l'équipe de direction dans les deux dernières années avec l'arrivée de la nouvelle directrice générale en avril 2022 et les quatre directeurs (DSSC, DRH, DRFIA, DRMT) plusieurs politiques et procédures n'ont pas été révisées ou mises à jour. Nous invitons l'organisation à faire une mise à jour de leurs politiques et procédures aux trois ans ou selon le besoin.

L'approche de soins centrés sur la personne est bien intégrée dans l'organisation. Le comité des usagers est très actif et joue un rôle important auprès des résidents et familles et agit en tant que porte-parole pour recevoir et transmettre de l'information. Ils apportent une écoute attentive aux commentaires émis et en assurent le suivi auprès des personnes dans l'organisation. Nous encourageons l'organisation à poursuivre l'implication des résidents et familles dans l'ensemble de l'organisation des services, tels que recueillir des commentaires sur les politiques et procédures, les dépliants d'information dans la pochette d'accueil à l'admission, et la participation dans les entrevues d'embauche du personnel (ex. PAB).

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.2.3	Prévention de la violence en milieu de travail	POR
1.2.3.8	De l'information et de la formation sont fournies aux membres de l'équipe sur la prévention de la violence au travail.	

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 : 88.9% des critères sont conformes

11.1% 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, bien éclairés, accueillants, et sécuritaires. Les corridors sont larges et pas encombrés permettant une accessibilité fluide pour les résidents en fauteuils roulants de circuler librement. Les unités de soins sont spacieuses avec des chambres individuelles de bonnes dimensions et aménagées pour assurer le confort et le bien-être des résidents.

L'établissement dispose d'un grand terrain avec un magnifique jardin qui a plusieurs balançoires pour les résidents et les familles. La technicienne aux loisirs fait une activité de jardinage avec les résidents pour planter des pots de fleurs et de légumes.

Dans le cadre de la politique d'hébergement du MSSS, le CHSLD Providence Saint-Joseph s'est vu octroyer un financement pour développer un projet visant l'aménagement d'une salle Snoezelen avec une table Tovertafel. Le Snoezelen vise une approche qui a pour but d'induire un état de détente, de bien-être, de relaxation, et de diminuer les troubles de comportement tels que l'agitation et l'agressivité des personnes âgées. La table Tovertafel projette sur une table ou au sol des jeux et des images développés à des fins interactives et thérapeutiques qui stimulent l'activité physique des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs.

Selon l'organisation, les services de télésanté ne sont pas applicables pour la clientèle desservie en soins d'hébergement qui est lourde et qui présente avec de multiples problèmes de santé. Il y a une couverture médicale avec trois médecins qui effectuent des visites médicales sur chaque étage une fois par semaine ainsi qu'un médecin de garde tous les jours pour répondre aux changements dans l'évolution de l'état de santé des résidents.

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 est en place pour accueillir tous les nouveaux employés et faciliter leur intégration dans l'organisation. Des formations spécifiques aux postes et fonctions sont offertes telles que le PDSB et l'utilisation sécuritaire des équipements pour les PAB. Une pochette d'accueil est remise aux nouveaux employés et nous invitons l'organisation à considérer l'inclusion du profil de poste dans la pochette d'accueil du nouvel employé.

Les dossiers des employés sont en version hybride, soit papier et électronique. La numérisation des dossiers est en cours et le nouveau directeur des ressources humaines souhaite qu'ils soient structurés et organisés et que l'information soit classée selon un système pour faciliter le repérage et la traçabilité.

Quelques activités de formation et de mise à jour des connaissances et compétences ont été offertes aux

employés. Nous ne retrouvons pas la consignation des formations dans le dossier de l'employé, mais les chefs de service ont un registre de présence. Le nouveau DRH vise à structurer, uniformiser et encadrer certains processus pour que l'information soit centralisée dans le dossier de l'employé et facilement accessible. L'élaboration du PDRH est en voie d'être finalisée par le DRH avec l'identification des thèmes de formation par titre d'emploi. Un calendrier des formations sera déployé par la suite. Nous encourageons l'organisation à finaliser le PDRH avec un calendrier des formations disponibles pour les employés.

Dix dossiers d'employés avec différents titres d'emplois et années de service ont été consultés et nous ne retrouvons aucun formulaire d'appréciation de la contribution. Dans deux dossiers, des formulaires d'évaluations en période de probation ont été notés.

Les employés rencontrés ont attesté ne pas avoir eu de rencontre pour l'appréciation de la contribution depuis quelques années. La politique organisationnelle stipule que l'appréciation de la contribution est effectuée chaque année ou chaque 2 ans selon la catégorie de poste de l'employé. Nous encourageons l'organisation à mettre en place un calendrier par direction avec des objectifs mesurables pour assurer la réalisation des évaluations de rendement des employés selon la politique en vigueur. Des partenariats ont été créés avec des maisons d'enseignements tels que le Collège Maisonneuve, Collège des Faubourgs, Collège Marie-Victorin, et l'École Antoine de St Exupéry afin d'accueillir différents stagiaires dans divers programmes et ainsi assurer une pérennité dans les futures embauches et se démarquer comme employeur de choix.

Des consultants externes ont accompagné l'organisation pour développer une image de marque employeur afin d'augmenter les opportunités de recrutement, mais aussi de développer un fort sentiment d'appartenance permettant une meilleure rétention.

L'enjeu majeur pour l'organisation demeure le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre. L'organisation a vécu de nombreux départs d'employés lors de la pandémie. Plusieurs postes sont vacants et un pourcentage plus élevé se retrouve dans le titre d'emploi d'infirmière. L'organisation fait recours aux agences pour la main-d'œuvre indépendante pour combler ses besoins en main-d'œuvre.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.4	Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants.	Priorité normale
2.1.7	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	Priorité élevée

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 :

L'organisation dispose d'un plan des mesures d'urgence qui a été révisé et mis à jour à l'été 2022 avec l'accompagnement d'un consultant externe. Le plan a été diffusé dans l'ensemble de l'organisation à l'automne 2022.

Le plan des mesures d'urgence précise les mesures immédiates visant à répondre aux catastrophes et aux situations d'urgence. Cela comprend les rôles et responsabilités à l'interne et à l'externe (p. ex., pour les partenaires de la communauté), de même que l'établissement des voies hiérarchiques. Le plan porte sur tous les dangers cernés par le personnel d'encadrement de l'organisme, l'évaluation des risques et l'analyse des répercussions sur les activités.

Des ententes avec des partenaires externes sont en place et renouvelées annuellement pour assurer la coordination des résidents dans une situation d'évacuation de l'établissement. Il y a également des ententes mutuelles entre les CHSLD Providence Saint-Joseph et Providence Notre-Dame de Lourdes advenant des situations d'urgence nécessitant une évacuation.

Des stations visuelles avec des questionnaires-réponses et des exercices pratiques ont été réalisés lors de la journée internationale de la sécurité. Un suivi étroit est assuré par la DRMT avec un calendrier des exercices de simulations. Les exercices pour les codes rouges et les codes verts sont faits deux fois par année. Une évaluation des exercices est faite dans une rencontre post-mortem avec l'équipe qui a répondu au code d'urgence lancé et ensuite au sein du comité des mesures d'urgence. Cette rétroaction permet le suivi des correctifs suite aux commentaires émis par le personnel répondant à la situation d'urgence et aux observateurs. Nous invitons l'organisation à inclure les bénévoles dans les formations et dans les exercices de simulations.

Tous les équipements et appareils, tels que gicleurs, extincteurs, et panneau d'alarme, sont vérifiés annuellement avec un registre à l'appui. Une formation a été faite avec le personnel de l'accueil pour la procédure d'utilisation du panneau d'alarme en situation d'urgence.

Des travaux sont en cours pour compléter l'installation des gicleurs dans certains endroits de l'organisation tels que les aires techniques, aires communes et une unité de soins afin que l'ensemble de l'organisation soit muni avec des gicleurs.

Un comité conjoint de planification des mesures d'urgence est en place entre les 2 centres avec des

représentants provenant des différents services. Nous encourageons l'organisation à inclure un membre du comité des usagers.

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 : 93.5% des critères sont conformes

6.5% 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 :

L'établissement est composé de 140 chambres simples et d'une chambre double ce qui facilite le travail du personnel en cas d'éclosion. Les salles de bains sont en majorité partagées, mais chaque résident possède son lavabo qui est situé dans la chambre du résident et hors de la salle de bain.

Le service d'hygiène et salubrité de l'organisation s'occupe de conserver l'édifice propre, ordonné et bien aménagé.

Au cours des années, l'organisation a procédé à des rénovations des unités de soins. Les nouveaux aménagements de chambres simples favorisent la prévention et le contrôle des infections.

L'organisation a établi de bons partenariats avec des ressources externes pour les aider à prévenir et contrôler les infections dans leur établissement. Citons entre autres l'équipe de Prévention et de contrôle des infections du CIUSSS de l'est de Montréal, la Santé Publique, le Programme québécois d'immunisation, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut national de santé publique du Québec.

Le responsable des installations matérielles, incluant les services d'hygiène et salubrité, de la buanderie et de l'entretien des bâtiments, développe et maintient des routines de travail pour s'assurer que la prévention et le contrôle des infections demeure une priorité.

Les infections nosocomiales font l'objet de suivi par la Directrice des soins et des services cliniques et par l'équipe de Prévention et de contrôle des infections du CIUSSS de l'est de Montréal.

L'organisation communique rapidement avec les familles si une éclosion devait survenir ou se terminer. L'information est rapidement acheminée aux familles à l'aide d'envoi massif de courriel. Des affiches sont également installées à l'intérieur du CHSLD à des endroits stratégiques pour informer les familles, les résidents et le personnel du statut des éclosions.

La Conseillère clinique, le responsable des installations matérielles et la responsable du service alimentaire complètent des audits de conformité de l'hygiène des mains pour leur personnel respectif.

L'organisation a mandaté l'infirmière clinicienne pour la coordination de la prévention et du contrôle des infections au sein du CHSLD Providence Saint-Joseph. Toutefois, faute de recrutement, cette personne doit s'occuper également d'un autre établissement de l'organisation qui diminue son temps à la prévention et au contrôle des infections par établissement. De plus, cette personne possède plusieurs autres responsabilités cliniques à titre de conseillère pour l'ensemble du personnel infirmier.

Suite aux expériences vécues lors des vagues successives de Covid-19 et aux développements des meilleures pratiques reliées à cette pandémie, l'organisation est encouragée à déployer davantage de ressources au niveau de la prévention et du contrôle des infections. De plus, l'organisation est encouragée à créer un Comité de la prévention et du contrôle des infections interdisciplinaire qui assistera la Coordonnatrice du programme.

L'organisation est demandée à compiler et analyser les résultats des audits d'hygiène des mains. Grâce à cet exercice, l'organisation pourra développer, si nécessaire, des plans de contingence pour rehausser le taux de conformité et assurer un milieu de vie et de travail plus sécuritaire pour les résidents, le personnel, les bénévoles et les visiteurs.

L'organisation est aussi encouragée à développer un plan de formation annuelle et un registre de participation qui incluent les formations en prévention et contrôle des infections à tout le personnel et les bénévoles de l'établissement.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.15	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	POR
4.1.15.2	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	
4.1.15.3	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.	

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 : 100.0% des critères sont conformes

0.0% 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 :

L'organisation utilise les services de la pharmacie communautaire Cardinal pour préparer et faire parvenir les médicaments aux résidents du CHSLD Providence Saint-Joseph.

L'organisation est reconnue pour avoir recruté une pharmacienne à temps complet et 1 pharmacienne à temps partiel pour supporter l'équipe clinique du Centre. Le CHSLD peut donc compter sur la présence minimum d'une pharmacienne du lundi au vendredi de 8h00 à 16h00. Sur une base régulière, les pharmaciennes révisent les médicaments de chaque résident et proposent des opportunités d'amélioration à l'équipe médicale s'il y a lieu.

Les pharmaciennes possèdent une entente de service avec l'équipe de médecins qui leur permet de prolonger les prescriptions ce qui réduit la période d'attente de distribution des médicaments aux résidents.

Les pharmaciennes s'assurent que tous les bilans comparatifs de médicaments sont complétés lors de l'admission et lors des retours d'hôpital. Les pharmaciennes consultent les résidents et les proches aidants, les médecins et les pharmacies communautaires lors de la préparation du bilan comparatif des médicaments.

L'organisation travaille depuis quelques années à devenir autonome au niveau de l'achat et la distribution des médicaments à leurs résidents. Puisque l'entente de service avec la pharmacie communautaire Cardinal expire le 31 octobre 2023, l'organisation a profité de cette occasion pour développer son propre service de pharmacie. Le 1er novembre 2023, l'organisation aura donc sa propre pharmacie interne. En prévision de cette transition, le CHSLD Providence Saint-Joseph a récemment fait l'acquisition d'une ensacheuse à médicaments. Les pharmaciennes entrevoient beaucoup d'effets positifs lors de cette transition.

Parmi les opportunités d'amélioration, l'organisation est encouragée à se doter d'un dossier du résident numérique, d'un système de formulaire électronique d'administration des médicaments et d'un prescripteur électronique des ordonnances médicales toujours dans un but de réduire les risques d'erreurs de médicaments et d'optimiser les ressources temporelles du personnel infirmier, médical et de pharmacie.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

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 : 98.5% des critères sont conformes

1.5% 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 :

Les membres du personnel possèdent une bonne connaissance des services qui sont disponibles aux résidents. Les résidents et leurs proches aidants sont invités à participer à l'identification de leurs besoins et à participer aux plans de soins et aux plans d'intervention du résident.

L'organisation offre un guide d'information à l'admission qui présente les nombreux programmes et services offerts aux résidents.

L'organisation possède un Comité des usagers très actif qui apporte beaucoup à la direction. Citons par exemple que le Comité des usagers a créé un sondage de satisfaction pour identifier des pistes de solutions suite aux demandes de certaines familles.

La direction générale se fait un devoir de rencontrer à intervalles réguliers le Comité des usagers pour partager de l'information, mais aussi pour les consulter sur divers sujets d'importance. Le Comité des usagers a indiqué que le groupe principal de la direction de l'organisation possède une ouverture d'esprit qui favorise une communication avenante et efficace.

Les membres du Comité des usagers aimeraient être impliqués davantage dans les projets d'envergure de l'organisation comme le projet d'agrandissement de 100 nouvelles chambres pour résidents.

L'organisation a organisé un groupe de discussion avec certains usagers. L'organisation est également encouragée à recueillir le degré de satisfaction des résidents et des proches aidants sur une base annuelle. Les résultats de ces sondages de satisfaction seraient un outil précieux dans le cadre du programme d'amélioration continue de la qualité.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.6	De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie des résidents.	Priorité élevée

Aperçu de l'amélioration continue de la qualité

Une culture d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la clientèle est bien inculquée et présente à tous les niveaux dans l'organisation. Nous constatons une mobilisation et un engagement soutenu de la part de tous les employés favorisent une culture organisationnelle axée sur la qualité. Nous encourageons l'organisme d'être à l'affût des meilleures pratiques fondées sur la recherche et les données probantes en matière de soins de longue durée.

L'organisation dispose d'un plan d'amélioration continue de la qualité 2021-2024 qui cible des objectifs et un suivi avec des indicateurs de résultats en lien avec les six chapitres des normes d'Agrément Canada du Programme Qmentum Soins de Longue Durée. Des rapports trimestriels sont présentés au conseil d'administration et le conseil est tenu informé du progrès et de l'avancement des réalisations du plan d'amélioration.

Un plan de sécurité 2021-2024 avec une cartographie des risques est en place qui cible des objectifs et un suivi avec des indicateurs de résultats. Le comité de gestion des risques assure le suivi d'indicateurs relatifs à la prestation sécuritaire des soins et services, notamment, les incidents et les accidents, les processus relatifs à l'administration sécuritaire des médicaments, la gestion et la prévention des chutes et les taux d'infections nosocomiales.

Une politique de divulgation et déclarations des événements et incidents est en place et connu par le personnel. Des rapports AH-223 sont complétés suite à un événement et une analyse est faite afin de mettre en place des moyens de prévenir la récurrence.

Divers audits tels que l'hygiène et le lavage des mains, le risque de suicide, les contentions, BCM, et tenue de dossiers sont effectués. Les formulaires des audits sont classés dans un cartable. Nous invitons l'organisation à compiler les résultats des audits, effectuer l'analyse, élaborer des plans d'actions et des suivis, et partager les résultats avec les équipes.