



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum^{MD}
Soins de longue durée

CHSLD Domaine Saint-Dominique

Rapport publié : 12/01/2024

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	5
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	6
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	17
Gestion des médicaments	19
Expérience de soins des résidents	21
Aperçu de l’amélioration continue de la qualité	25

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 11/12/2023 à 13/12/2023.

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 domaine Saint Dominique est localisé sur un site historique de la ville de Québec. Issu de la congrégation des Dominicaines de l'Enfant-Jésus, le domaine autrefois baptisé le Pavillon Saint Dominique a été vendu en septembre 2010 à des investisseurs privés qui souhaitaient maintenir la vocation de soins au sein de l'établissement. Plusieurs religieuses y ont vécu jusqu'à leur décès et maintenant sur une soixantaine de religieuses l'établissement n'en compte que trois.

L'établissement étant devenu une résidence pour personnes âgées, il a accueilli une clientèle relativement autonome jusqu'à ces dernières années, soit, bien avant la pandémie de covid-19.

La pandémie et le vieillissement de la clientèle ont exercé une pression importante sur l'offre de soins dans l'établissement. Faute d'expertise et d'expérience à assumer des soins à une clientèle vulnérable, l'établissement s'est vite retrouvé en grande difficulté. C'est dans ce contexte que l'établissement s'est retrouvé avec le CIUSSS de la Capitale Nationale qui a agi à titre d'administration provisoire à partir de 2022.

Commentaires de l'organisme:

Historiquement, le Domaine Saint-Dominique hébergeait une clientèle en légère perte d'autonomie. La décision du gouvernement de conventionner l'ensemble des CHSLD privés modifie considérablement le positionnement stratégique de l'établissement.

La démarche de conventionnement, prévue au départ pour 2023 a été suspendue et reportée à une date indéterminée. Le 30 septembre 2022, l'établissement a été placé sous l'administration provisoire du CIUSSS de la Capitale Nationale. Le Domaine Saint-Dominique avait obtenu des achats de places du CIUSSSCN en juillet 2022 pour l'hébergement d'une clientèle en plus grande perte d'autonomie. Or, il ne disposait pas de l'organisation des soins et des services pour accueillir ce type de clientèle et le personnel n'était pas préparé et formé.

C'est dans ce contexte que le président-propriétaire de l'établissement a amorcé une réflexion personnelle quant à sa vision-mission-valeurs qui mènera à un rehaussement significatif de la qualité des soins et des services offerts par l'organisation.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Nous avons visité une organisation qui a vécu une situation exceptionnelle avec grande maturité et qui est à redémarrer sur de nouvelles fondations et dans un contexte de CHLSD plutôt que RPA. L'écart de normes à rencontrer est quantitatif et l'équipe a démontré une ouverture et une collaboration inégalée afin de rendre l'établissement conforme.

L'installation est bien tenue, d'une propreté remarquable et l'entretien du bâtiment est assuré par le groupe immobilier investisseur.

Nous notons que l'équipe a adopté une posture de gestion positive et performante dans un contexte de prise en charge par une autorité provisoire.

Les processus ont été rédigés, mis à jour et adoptés. L'intégration demeure un enjeu que l'équipe souhaite améliorer au cours des prochains mois.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Prévention et contrôle des infections (PCI)

L'équipe de PCI est dynamique, professionnelle et soucieuse de la qualité et la gestion des risques associés aux infections. Le soutien expert en matière de prévention et contrôle des infections est assuré par une conseillère spécialisée du CIUSSS de la Capitale Nationale. Un programme complet fondé sur les données probantes et les meilleures pratiques en prévention et contrôle des infections est en place. Des outils sont utilisés pour la déclaration et le suivi des infections nosocomiales et des éclosions en temps réel. L'organisme réalise des audits sur le lavage des mains et le respect des techniques d'isolement. Le résultat des activités de mesure de la qualité est diffusé et utilisé pour apporter des améliorations.

Expérience de soins des résidents

Former une équipe compétente : L'organisme démontre une grande volonté de soutenir la compétence de ses équipes. On offre de nombreuses formations en soutien aux pratiques cliniques exigées en soins de longue durée. Ces formations respectent les données probantes et les meilleures pratiques. Plusieurs formations sont ainsi offertes aux employés : prévention des mauvais traitements, gestion des comportements réactifs des usagers, utilisation sécuritaire des mesures de contrôles, modalités de transfert des résidents, prévention des plaies de pression, prévention des chutes et plusieurs autres.

Prestation des soins centrés sur les personnes : L'usager et sa famille contribuent au plan d'intervention interdisciplinaire dans une approche collaborative et l'usager est au centre de cette démarche. On applique une approche «Milieu de vie» pour offrir aux résidents des soins personnalisés selon leurs valeurs, leurs habitudes de vie ainsi que le respect de leurs intimités, leurs droits et dignités. Une responsable du milieu de vie et un comité milieu de vie sont actifs. Un préposé aux bénéficiaires (PAB) accompagnateur est identifié pour chaque résident pour mieux répondre à ses besoins. L'histoire de vie est faite et connue pour chacun des résidents. Un processus de plainte est en place et connu des résidents et leurs proches. Une politique de prévention de la maltraitance est en place et connue.

Fournir des services sécuritaires et efficaces : Un programme de «Gestion intégrée de l'amélioration continue de la qualité des soins et services et de la gestion des risques» est en place. Ce dernier traite principalement de la gestion des risques (notamment ceux reliés aux soins et services, aux équipements et ceux causés par le personnel). Un «Plan de sécurité des résidents du CHSLD Saint-Dominique» vise une gestion intégrée des risques (identification des risques, niveau de risque, plan d'action, activités de contrôle, communication et évaluation). Il axe principalement sur les risques associés aux médicaments, chutes, abus/agressions, plaies de pression et services techniques. Il vise notamment à identifier les défaillances dans les processus et mettre en place pour éviter les accidents ou leur récurrence. Il a été observé et discuté que l'établissement est invité à explorer d'autres risques potentiels reliés à ses services dans son plan de sécurité visant une approche proactive et prédictive pour régler les problèmes potentiels de sécurité en réduisant les risques ou le danger avant qu'ils ne surviennent. Le comité de gestion des risques est en place et effectue un suivi trimestriel des risques. Il fait notamment le suivi des accidents et incidents reliés aux chutes, médicaments, traitements, matériel, abus, agression, harcèlement, etc. Il fait aussi le suivi trimestriel des mesures de contrôles et de l'utilisation des mesures alternatives, de la prévention et contrôle des infections, de l'hygiène des mains et des plaies de pression.

Gestion des situations d'urgence et des catastrophes :

Un plan des mesures d'urgence est disponible et inclut toutes les étapes du processus allant de l'apparition de l'urgence au rétablissement complet des activités. Des situations d'urgences sont survenues et l'équipe a tiré des leçons des événements survenus. Dans un souci d'appréhender toutes les situations d'urgences possibles, nous invitons l'équipe à travailler sur les autres catastrophes susceptibles de survenir. Des simulations ont eu lieu en sécurité incendie et en évacuation. Le travail colossal réalisé par l'équipe mérite d'être souligné.

Gestion des médicaments

La distribution des médicaments est faite de façon structurée et sécuritaire. Un fournisseur externe de services de pharmacie assure les services de pharmacie en collaboration étroite avec l'organisme. Un comité de pharmacie incluant le pharmacien externe est en place et actif. Le bilan comparatif du médicament (BCM) est fait pour tous les résidents. La politique sur le circuit du médicament définit en détail toutes les étapes du processus, de la prescription à la distribution du médicament. Les incidents et accidents associés à la distribution des médicaments sont analysés systématiquement pour apporter des améliorations. La divulgation est faite auprès des usagers/familles.

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 Domaine Saint-Dominique est :

Agrée avec mention

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

Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément

Cette organisation exerce ses activités dans 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
CHSLD Domaine Saint-Dominique	✓

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	5 / 6	83.3%
Gouvernance et leadership	Prévention de la violence en milieu de travail	6 / 8	75.0%
Gouvernance et leadership	Plan de sécurité des usagers	4 / 4	100.0%
Gouvernance et leadership	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.0%
Gouvernance et leadership	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.0%
Gouvernance et leadership	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	3 / 3	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Taux d'infection	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Médicaments de niveau d'alerte élevé	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Sécurité liée à l'héparine	4 / 4	100.0%

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gestion des médicaments	Sécurité liée aux narcotiques	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	4 / 4	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des chutes et réduction des blessures	5 / 6	83.3%
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	4 / 5	80.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention du suicide	3 / 5	60.0%
Expérience de soins des résidents	Identification des usagers	0 / 1	0.0%
Expérience de soins des résidents	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Sécurité liée aux pompes à perfusion	0 / 0	0.0%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Gouvernance et leadership

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

Évaluation du chapitre: 91.9% des critères sont conformes

8.1% 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 :

Il n'y a pas de conseil d'administration proprement dit. Le propriétaire discute avec une instance qui regroupe l'ensemble des activités, installations de la famille. Comme stratégie de leadership, le propriétaire a initié une gouvernance où l'équipe de direction est amenée à prendre des décisions stratégiques. Selon les cadres supérieurs rencontrés et le propriétaire lui-même, au sein de l'établissement, le conseil d'administration est remplacé par le comité de direction. Il y a des informations qui sont en provenance de l'instance familiale, i.e. du groupe duquel fait partie le propriétaire, et qui sont communiquées au comité de direction pour prise de décision.

L'aspect financier, la planification et le suivi d'un budget ne sont pas réalisés au niveau du comité de direction, du moins ils ne l'ont pas été durant la dernière année en raison du contexte de prise en charge par le CIUSSS de la Capitale Nationale des activités de l'établissement. Dans un processus évolutif, nous invitons le propriétaire à réfléchir à une manière plus optimale d'organiser les activités de la haute direction au sein d'une structure reconnue, ce qui lui permettrait d'échanger sur les décisions hautement stratégiques à prendre dans l'optique d'orienter l'équipe de direction vers des objectifs à atteindre dans un cadre financier établi. Il y a bien une structure de dépenses d'établie par département, mais compte tenu de la situation de changement de mission au cours de la dernière année qui en fera un CHSLD, le suivi budgétaire n'a pas été communiqué aux différents cadres de l'organisation.

L'enjeu de la présence médicale représente un défi majeur que l'équipe reconnaît et tente de résoudre dans un contexte où l'on a de la difficulté à recruter ce type de ressources.

Des rencontres statutaires de l'équipe de direction ont été mises de l'avant au cours de la dernière année entre autres suite à la prise en charge par le CIUSSS de la Capitale Nationale à la suite d'enjeux de qualité et de sécurité au sein de l'établissement. L'ouverture de l'équipe et le travail colossal accompli démontrent de la bonne volonté de l'équipe à s'orienter vers une culture de sécurité dans les soins et services.

Un plan d'amélioration de la qualité est disponible et nous encourageons l'équipe à maintenir le suivi et à faire en sorte que l'ensemble des activités de qualité en cours dans l'établissement et présentes dans divers plans soit intégré en un plan unique. Nous soulignons le fait que l'équipe soit responsabilisée dans le processus des déclarations des incidents/accidents. En effet, les préposés aux bénéficiaires sont amenés à compléter leur partie sur le formulaire de déclaration lors d'incident/accident.

Nous soulignons la collaboration et l'entente entre la direction et le comité des usagers. Selon les acteurs rencontrés, au niveau des partenaires, tous s'entendent pour mentionner les améliorations appréciables dans la qualité des soins et services et la bonne volonté de l'équipe en place.

L'établissement est en processus de conventionnement et tend à formaliser ses processus en les documentant de manière systématique. L'intégration auprès des équipes demeure.

La gestion des talents, le recrutement et la rétention doivent faire l'objet de suivi régulier par l'équipe de direction qui agit à titre de conseil d'administration.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.9	Le conseil d'administration approuve les budgets d'immobilisations et d'exploitation de l'organisme.	Priorité élevée
1.1.13	Responsabilité liée à la qualité des soins	POR
	1.1.13.6 Dans le cadre de leur évaluation du rendement, les membres de la direction qui relèvent directement du conseil d'administration (p. ex., le PDG, le directeur général, le médecin-chef) sont tenus responsables du rendement en matière de qualité de l'organisme.	
1.2.3	Prévention de la violence en milieu de travail	POR
	1.2.3.4 Des évaluations des risques sont effectuées pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.	
	1.2.3.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme étudie les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail et il se sert des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence et améliorer la politique sur prévention de la violence en milieu de travail.	
1.2.14	Des politiques et des procédures pour la sélection et la négociation des services contractuels sont élaborées et mises en œuvre.	Priorité normale

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: 78.3% des critères sont conformes

21.7% 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 :

Excellence des services

Une culture de l'approche respectueuse est présente dans l'établissement et fait l'unanimité parmi les membres des équipes, les familles, les partenaires et les résidents rencontrés.

Les chefs d'unités rencontrent leurs équipes afin de partager de l'information lors d'une «flash rencontre», et ce chaque matin. De ce fait, les équipes sont au fait des récents développements et des ajustements à faire au plan de soins. Bravo! Un autre suivi à noter, concerne les «caucus infirmières» tous les jours afin de faire le suivi des événements récents. À poursuivre également.

De la formation a été offerte en grande quantité au cours de la dernière année, dont plusieurs ont été obligatoires. Elles ont porté sur l'ensemble des thèmes reliés à la prestation sécuritaire des soins et au maintien de la qualité. Maltraitance, hygiène des mains, prévention des chutes, harcèlement, SCPD ne sont que quelques-unes mentionnées lors de l'entretien avec l'équipe rencontrée.

L'établissement rembourse la cotisation aux ordres professionnels, ce qui facilite le suivi des certificats et des adhésions professionnelles. Au cours de la dernière année, l'évaluation au rendement a été réalisée pour la majorité des équipes et est à poursuivre.

Un programme d'orientation complet est offert à tous les nouveaux employés et nous invitons l'équipe à renforcer l'information véhiculée au cours de ce programme, et ce lorsque nécessaire.

Les équipes nous ont mentionné être en nombre suffisant et bien formé pour les tâches qu'ils ont à accomplir.

La normalisation de la documentation a occupé temps et énergie au cours de la dernière année et nous encourageons l'équipe à procéder et renforcer l'intégration auprès des équipes.

Services de télésanté :

L'équipe est au fait des éléments à prendre en considération pour pouvoir implanter un projet de télésanté. Les soins de plaies pourraient représenter une occasion de valider un projet de télésanté et les professionnels rencontrés songent à ce genre d'alternative. Également, n'ayant accès à aucun médecin dans la situation présente du CHSLD il leur est difficile de mettre de l'avant le suivi médical en télésanté.

Des efforts sont actuellement déployés afin de pouvoir avoir accès à minimalement un médecin pour la résidence. L'équipe compte valider le programme de télésanté avec un autre professionnel de la santé possiblement avant l'arrivée d'un médecin afin de démontrer l'efficacité du processus. L'équipement ne semble poser aucun problème. À poursuivre.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.2.1	L'organisme fait la promotion et permet l'utilisation des services de télésanté par l'équipe de soins.	Priorité normale
2.2.2	L'organisme collabore avec les résidents, au besoin, pour élaborer un mécanisme visant à prévenir une atteinte à la sécurité des résidents lorsque ceux-ci reçoivent des services de télésanté.	Priorité élevée
2.2.3	L'organisme obtient et documente le consentement éclairé du résident avant de lui fournir des services de télésanté.	Priorité élevée
2.2.4	L'organisme collabore avec les résidents, d'autres équipes et organismes pour fournir aux résidents des services de télésanté qui assure un suivi approprié, le cas échéant.	Priorité normale
2.2.5	L'organisme a conclu un accord écrit avec le prestataire de service qui fournit des services de télésanté et l'établissement de soins directs aux résidents qui reçoit des services de télésanté.	Priorité normale

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: 94.1% des critères sont conformes

5.9% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 5 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Un plan des mesures d'urgence est disponible et il renferme l'ensemble des niveaux d'interventions à mettre de l'avant lors de l'apparition d'une situation de sinistre. Depuis plusieurs mois, des rencontres hebdomadaires ont été actualisées afin d'élaborer le plan des mesures d'urgence. Des exercices de simulations ont eu lieu et déjà des comptes rendus post événements sont disponibles. Des correctifs sont en cours d'être réalisés suite à un événement et nous encourageons l'équipe à poursuivre.

Les rôles de coordination des mesures d'urgence et de coordination clinique restent à préciser dans une optique où les équipes doivent facilement identifier la personne responsable en cas de sinistre. L'équipe a déjà simulé un exercice en sécurité incendie et a vécu un code brun qui s'est transformé en code d'évacuation. Des leçons ont été tirées de ce dernier événement et les équipes poursuivent les efforts afin de bien se préparer à d'autres situations d'urgence.

La communication aux familles est faite via un bulletin «les nouvelles en rafale aux familles» et est à poursuivre. Déjà, une planification est amorcée pour l'année 2024 et nous encourageons l'équipe à poursuivre les rencontres et les suivis afin de bien préparer les équipes terrain.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.13	L'organisme planifie la manière dont il fournira des services de télésanté pour favoriser l'accès à distance aux soins lors d'une situation d'urgence ou d'une catastrophe.	Priorité normale

Prévention et contrôle des infections

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

Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

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

Résultats de l'évaluation :

L'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) est dynamique, professionnelle et axée vers la qualité et la gestion des risques associés aux infections. Une conseillère en soins infirmiers de l'établissement œuvre en collaboration avec le soutien expert en matière de PCI assuré par les conseillères spécialisées en PCI du CIUSSS de la Capitale Nationale.

Un plan d'action établissement comprenant des cibles, actions, indicateurs, responsables, partenaires et suivi de l'avancement des actions est en place en relation avec la gestion des infections. On peut y lire que depuis 2022 plusieurs outils cliniques en PCI ont été implantés, qu'un processus de surveillance des infections nosocomiales ait été actualisé et que des efforts particuliers aient été investis dans l'hygiène des mains (formation, audits).

Un «Protocole relatif aux bonnes pratiques PCI, révisé 2023» et un «Protocole relatif aux éclosions nosocomiales, révisé 2023» sont complets et basés sur les données probantes et les meilleures pratiques en prévention et contrôle des infections. Des protocoles spécifiques à différents types d'infections (ERV, SARM, SAG, Gastro-Entérite, Clostridium Difficile, etc.) issus du CIUSSS de la Capitale-Nationale sont utilisés par l'établissement. Un journal des éclosions est utilisé pour suivre l'épidémiologie, les dépistages, les symptômes, le taux d'attaque et les mesures PCI instaurées. Un suivi spécifique en regard des infections urinaires pour les porteurs de cathéters est aussi en place.

Des politiques et procédures existent et sont connues et appliquées pour l'utilisation des équipements de protection individuelle (EPI), l'immunisation/vaccination, la manipulation et la disposition des objets pointus, la gestion des éclosions, l'exposition à du sang ou des liquides biologiques, la gestion des déchets biomédicaux ainsi que le nettoyage/désinfection des espaces visés par des précautions additionnelles.

De la formation à l'accueil et en continu est donnée sur les pratiques de base et les précautions additionnelles ainsi que sur le lavage des mains. La conformité aux pratiques PCI est vérifiée avec l'aide d'audits et les résultats sont communiqués aux équipes de soins. Des mesures d'amélioration sont planifiées selon les résultats des audits. Les résultats des audits sur l'hygiène des mains sont connus et affichés sur les unités de vie.

En matière de qualité, le comité de gestion des risques de l'établissement assure un suivi trimestriel des éclosions, des porteurs de bactéries multi-résistantes-BMR, des infections urinaires par cathéters ainsi qu'un suivi du taux d'hygiène des mains et des plaies de pressions. Des mesures correctives dans un plan d'action sont identifiées et mises en place au besoin.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Gestion des médicaments

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

Évaluation du chapitre: 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 :

Un fournisseur externe (pharmacie communautaire) assure les services de pharmacie en étroite collaboration avec l'organisme. Une entente écrite est en vigueur.

Un plan d'action établissement comprenant des cibles, actions, indicateurs, responsables, partenaires et suivi de l'avancement des actions est en place en relation avec la gestion des médicaments. On peut y lire que depuis 2022 le circuit du médicament a été révisé, que de nouveaux chariots à médicaments ont été acquis et que la procédure des stupéfiants et drogues contrôlées a été implantée.

La procédure du circuit du médicament définit en détail toutes les étapes de la prescription à la distribution du médicament, la gestion des erreurs de médicaments (accidents/incidents et déclaration/divulgence) ainsi que les règles sur l'administration des opiacés. Des audits sur le circuit du médicament sont réalisés et des mesures correctives apportées.

La distribution des médicaments est faite de façon structurée et sécuritaire. La règle des 5B est respectée et une politique sur la double identification de l'utilisateur est en place. Le bilan comparatif du médicament (BCM) est fait et documenté pour tous les résidents.

Des politiques et procédures sont connues et appliquées pour la gestion des médicaments d'alerte élevée (incluant la double vérification), le circuit du médicament, l'auto-administration des médicaments, la gestion des stupéfiants, drogues contrôlées et benzodiazépines. On retrouve une liste des abréviations dangereuses affichée et connue de l'équipe. Cette liste fait partie de l'orientation initiale en soins infirmiers lors de l'arrivée dans l'organisme.

Un comité de gestion des médicaments incluant le pharmacien du fournisseur externe est en place et s'assure de l'application des protocoles et procédures cliniques dans les soins aux résidents. On y analyse les accidents et incidents reliés à l'administration des médicaments et des mesures correctives sont mises en œuvre.

Les incidents et accidents associés à la distribution des médicaments sont analysés individuellement à chaque période pour apporter des améliorations. La divulgation est faite auprès des usagers/proches et est documentée au dossier du résident. Le comité de gestion des risques de l'établissement assure un suivi trimestriel des événements déclarés selon les étapes du circuit du médicament. Des mesures correctives dans un plan d'action sont identifiées et mises en place au besoin. Le comité de gestion des médicaments travaille en étroite collaboration avec la gestion des risques.

Il a été discuté que l'organisme ne procède pas nécessairement à une évaluation annuelle du système de gestion des médicaments (circuit du médicament). Il a été recommandé de mettre en place un tel processus afin d'évaluer les politiques et procédures sur le circuit des médicaments, de suivre des indicateurs spécifiques (par exemple le taux de BCM complété, taux d'accidents médicaments, etc.) et de proposer des mesures d'amélioration dans une vision globale du circuit du médicament.

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: 83.6% des critères sont conformes

16.4% 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 :

L'établissement est soucieux de former une équipe compétente. La planification stratégique 2023-2026 propose dans son Axe 3 portant sur la mise à niveau de la qualité des soins et des services de promouvoir et implanter l'approche centrée sur la clientèle, développer au sein de la direction une culture de qualité et de sécurité centrée sur la personne d'ici décembre 2024, notamment par l'actualisation d'un programme de formation pour le rehaussement des compétences des gestionnaires et du personnel. Bien que démontrant un fort engagement dans la mise en place de soins et services axés sur la sécurité et la qualité, l'établissement est encouragé à poursuivre cette démarche d'amélioration.

Un plan d'action établissement comprenant des cibles, actions, indicateurs, responsables, partenaires et suivi de l'avancement des actions est en place en relation avec la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). On peut y lire que la formation SCPD est en cours de déploiement aux infirmières, PAB et professionnels, que des PAB coach en approche relationnelle de soins (ARS) ont été formés et qu'une première cohorte de PAB a été formée en ARS. La formation ARS est en cours de déploiement pour une seconde cohorte en début de 2024. Un protocole de gestion des SCPD est en place. Le protocole SCPD comprend une grille d'observation clinique et d'inventaire des comportements, une description des approches non pharmacologique et des interventions en approche relationnelle de soins.

Suite à l'analyse des dossiers des résidents, il a été observé et discuté que le plan thérapeutique infirmier (PTI) et/ou le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ne reflètent pas toujours la problématique clinique actuelle du résident. Par exemple pour un résident qui présente des troubles de comportements (agressivité, résistance aux soins, cris répétitifs, etc.) le PTI ne contient pas nécessairement le constat approprié ni les directives infirmières pertinentes. Le plan de travail des PAB peut aussi ne pas contenir les directives de soins appropriées ou encore elles ne sont pas assez spécifiques en regard de l'approche relationnelle de soins (ARS) que les PAB doivent appliquer. Il a aussi été discuté et observé que les fiches descriptives des interventions préconisées en ARS (fiches des approches non pharmacologiques) devraient être affichées et disponibles aux équipes de soins. Il a été discuté que la formation à l'équipe sur la façon de gérer les troubles de comportements est à poursuivre et que les outils en ARS sont encore à diffuser et intégrer (fiches des approches non pharmacologiques).

Un programme de soins de confort et fin de vie est disponible, mais en attente de déploiement. Le programme comprend l'énoncé des droits du résident pour le «Mourir dignement» ainsi que les rôles et responsabilités des membres de l'équipe interdisciplinaire. Par contre en l'absence de soutien médical, les soins de fin de vie et de soins palliatifs ne sont pas offerts pour le moment. L'absence de médecin actuelle oblige un transfert en milieu hospitalier ou de soins palliatifs.

Une procédure spécifique en matière de mesure de contrôle est en place. Le comité de gestion des risques en place effectue un suivi trimestriel des risques, notamment le suivi trimestriel des mesures de contrôles et l'utilisation des mesures alternatives. L'utilisation des mesures de contrôle est minimale, encadrée et suivie de façon rigoureuse.

L'établissement est soucieux de développer les soins centrés sur la personne. La vision, la mission et les valeurs ont été présentées à l'ensemble du personnel, au comité des usagers, aux résidents, proches et bénévoles à l'automne 2023 dans le cadre de la nouvelle gouvernance centrée clientèle à la suite de l'administration provisoire du CIUSSS de la Capitale Nationale. Les valeurs de l'organisme sont la bienveillance (bonté, indulgence, mieux-être), l'entraide (soutien mutuel et bienveillance) et l'excellence (pratiques exemplaires, qualité optimale, milieu de travail et milieu de vie).

La planification stratégique 2023-2026 propose dans son Axe 2 portant sur la «Consolidation de la gouvernance centrée clientèle» de promouvoir et implanter l'approche centrée sur la clientèle ainsi que développer au sein de la direction une culture de qualité et de sécurité centrée sur la personne.

Une politique relative à l'élaboration des plans d'intervention interdisciplinaires (PII) est en place. L'organisme utilise aussi un outil de suivi des rencontres interdisciplinaires assurant la réalisation du PII à l'admission et sa révision annuelle. Le résident/représentant est impliqué dans les décisions qui le concernent. L'utilisateur et sa famille sont partie prenante du plan d'intervention interdisciplinaire et une approche collaborative est favorisée pour répondre aux besoins des résidents. Une équipe multidisciplinaire complète œuvre autour de l'utilisateur. Infirmières, infirmières auxiliaires, PAB, services médicaux, pharmacie, réadaptation, (physiothérapeute, ergothérapeute et technicien en réadaptation), services psychosociaux, loisirs, services spirituels et bénévolat contribuent conjointement.

Suite à l'analyse des dossiers des résidents, il a été observé et discuté que le plan thérapeutique infirmier (PTI) et/ou le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) de l'utilisateur ne reflètent pas toujours la problématique clinique actuelle du résident (par exemple pour le risque de chutes ou les soins de peau et de plaies). Par exemple pour un résident qui présente un risque de chute le PTI ne contient pas nécessairement le constat approprié ni les directives infirmières pertinentes. Le plan de travail des PAB peut aussi ne pas contenir les directives appropriées ou encore elles ne sont pas assez spécifiques pour indiquer au PAB les mesures de prévention des chutes adaptées à l'utilisateur.

Un comité milieu de vie est en place. L'une de ses responsabilités consiste à mettre en place des actions visant la qualité du milieu de vie. Il se réunit à raison de 4 fois par an. Un usager y agit comme partenaire. Un comité des usagers est en place incluant notamment la participation de la direction générale en points statutaires.

L'établissement est soucieux de fournir des services sécuritaires et efficaces. La planification stratégique 2023-2026 propose dans son Axe 2 portant sur la gouvernance centrée clientèle de développer au sein de la direction une culture de qualité et de sécurité centrée sur la personne. Notamment en dédiant un point à chacun des comités de direction pour aborder la qualité et la sécurité et assurer le suivi des plans d'action.

Un plan d'action établissement comprenant des cibles, actions, indicateurs, responsables, partenaires et suivi de l'avancement des actions est en place en relation avec la gestion des chutes, notamment l'implantation de la règle de soins post-chute et l'implantation du formulaire d'évaluation et de suivi post chute. On peut y lire aussi que l'application de la Politique et procédures sur la prévention des chutes utilisées de façon à assurer une prestation sécuritaire des soins et service sont en cours de déploiement. Le plan d'action établissement fait aussi référence à la gestion des plaies de pression. On peut y lire que de nombreux efforts ont été investis depuis 2022, notamment la mise en place d'un programme de soins de peau et de plaies de pression, les outils cliniques requis, la formation et le droit de prescription infirmier.

Un «Plan de sécurité des résidents du CHSLD Saint-Dominique» vise une gestion intégrée des risques (identification des risques, niveau de risque, plan d'action, activités de contrôle, communication et évaluation). Il axe principalement sur les risques associés aux médicaments, chutes, abus/agressions, plaies de pression et services techniques. Il vise notamment à identifier les défaillances dans les processus administratifs et cliniques et mettre en place des mesures pour éviter les accidents ou leur récurrence.

Un plan de gestion des risques est en place, cependant on ne retrouve pas nécessairement dans ce plan tous les éléments d'une approche proactive et prédictive en vue de cerner les risques pour la sécurité des résidents et de l'équipe. Une approche proactive et prédictive est en place, mais demeure à bonifier pour cerner les risques en matière de sécurité. Bien qu'il ne soit pas possible de repérer tous les risques dans le milieu où sont offerts les soins, un processus complet doit être utilisé pour cerner les risques les plus probables. Par exemple, il a été observé et discuté que le poste infirmier de l'unité prothétique devait être sécurisé (accès facile à des ciseaux), que l'accès aux cuisinettes des unités de soins devait aussi être sécurisé (accès eau bouillante des tables chaudes) et que l'accès au distributeur d'eau bouillante de la salle à manger principale présentait un risque. L'établissement est invité à ajouter et bonifier ce type de risque dans son plan. Il a été discuté que l'établissement devait développer le dépistage des risques potentiels pour compléter son plan de gestion des risques.

Le comité de gestion des risques est en place et effectue un suivi trimestriel des risques. Il fait notamment le suivi des accidents et incidents reliés aux chutes, médicaments, traitements, matériel, abus, agression, harcèlement, etc. Il fait aussi le suivi trimestriel des mesures de contrôles et de l'utilisation des mesures alternatives, de la prévention et contrôle des infections, de l'hygiène des mains et des plaies de pression. Des mesures correctives sont identifiées dans un plan d'action et mises en place au besoin.

Diverses stratégies et approches (prévention des chutes, prévention du suicide, prévention de la maltraitance, prévention de la violence au travail, prévention et traitement des plaies, gestion des médicaments, prévention des infections) sont en place.

Un menu sur 5 semaines qui évolue au fil des saisons est en place. Un menu à la carte est disponible en tout temps sur une rotation de 3 semaines. Les allergies, intolérances, textures et préférences sont tenues en compte. Une approche plat par plat est favorisée. Une technicienne en diététique rencontre chaque résident. Des audits de l'activité repas sont réalisés. On y mesure entre autres la présentation verbale des plats présentés au plat par plat, le droit à un second choix et la socialisation lors du repas.

Un service des loisirs est en place et offre une gamme diversifiée d'activités. Les approches sont adaptées selon les différentes clientèles. Des partenariats et des alliances externes sont établis.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.2	L'organisme offre de la formation à l'équipe sur les façons de prévenir et de gérer les troubles de comportement des résidents.	Priorité normale
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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.2.13	L'équipe élabore et documente un plan d'intervention individualisé pour chaque résident, en fonction de leurs besoins et de leurs objectifs.	Priorité normale
6.2.15	L'équipe réévalue l'état de santé des résidents en temps opportun et met à jour leurs plans d'intervention individualisés en conséquence.	Priorité normale
6.3.1	Prévention des chutes et réduction des blessures	POR
6.3.1.2	Un processus normalisé est suivi pour réévaluer les résidents à des intervalles réguliers et quand il y a un important changement dans leur état de santé.	
6.3.3	Prévention des plaies de pression	POR
6.3.3.2	Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque résident à des intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du résident.	
6.3.4	Prévention du suicide	POR
6.3.4.1	Les résidents présentant un risque de suicide sont détectés.	
6.3.4.2	Le risque de suicide chez chaque résident est évalué à des intervalles réguliers ou à mesure que les besoins changent.	
6.3.5	Identification des usagers	POR
6.3.5.1	En collaboration avec les résidents, les familles ou les proches aidants, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que les résidents reçoivent l'intervention ou le service qui leur est destiné.	
6.3.8	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des résidents et de l'équipe, et ce, avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants.	Priorité élevée

Aperçu de l'amélioration continue de la qualité

Un plan d'amélioration de la qualité est disponible et nous encourageons l'équipe à maintenir le suivi et à faire en sorte que l'ensemble des activités de qualité en cours dans l'établissement et présentes dans divers plans soit intégré en un plan unique. Nous soulignons le fait que l'équipe soit responsabilisée dans le processus des déclarations des incidents/accidents. En effet, les préposés aux bénéficiaires sont amenés à compléter leur partie sur le formulaire de déclaration lors d'incident/accident.

Un comité de gestion des risques est fonctionnel et la documentation inhérente est disponible. La divulgation est un processus complet et documenté. Nous félicitons l'équipe pour l'ensemble du travail réalisé à ce niveau.

L'établissement a mis en place les fondements de l'amélioration de la qualité, dont les suivis trimestriels des incidents/accidents, l'analyse et le suivi des recommandations.

Les fondements d'une culture centrée sur la qualité et la sécurité de l'utilisateur sont en place. Nous invitons l'équipe à poursuivre l'intégration de l'ensemble des processus liés à l'amélioration de la qualité de manière à implanter une culture de qualité durable.