



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

CHSLD Bussey

Lachine, QC

Dates de la visite d'agrément : 6 au 8 novembre 2017

Date de production du rapport : 7 décembre 2017

Au sujet du rapport

CHSLD Bussey (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en novembre 2017. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Un mot d'Agrément Canada

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

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

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre gestionnaire de programme.

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire	1
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
Résultats détaillés de la visite	11
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	12
Processus prioritaire : Planification et conception des services	12
Processus prioritaire : Gestion des ressources	14
Processus prioritaire : Capital humain	15
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	17
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	19
Processus prioritaire : Communication	20
Processus prioritaire : Environnement physique	21
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	22
Processus prioritaire : Cheminement des clients	24
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	25
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	26
Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	26
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	28
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	30
Résultats des outils d'évaluation	33
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers	33
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	35
Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	37
Annexe A - Programme Qmentum	38
Annexe B - Processus prioritaires	39

Sommaire

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

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

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

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

Décision relative au type d'agrément

CHSLD Bussey a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé avec mention d'honneur

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 6 au 8 novembre 2017**

- **Emplacement**

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

1. CHSLD Bussey

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

1. Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers
2. Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers
3. Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers

Normes sur l'excellence des services

4. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers
- 2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
- 3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	14	0	1	15
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	10	0	0	10
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	127	2	7	136
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	37	1	0	38
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	62	0	5	67
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	7	0	0	7
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	171	1	6	178
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	6	0	0	6
Total	434	4	19	457

Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Leadership - Petits organismes de santé extra-hospitaliers	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	68 (97,1%)	2 (2,9%)	0	107 (97,3%)	3 (2,7%)	0
Prévention et contrôle des infections - Organismes extra-hospitaliers	29 (96,7%)	1 (3,3%)	4	47 (100,0%)	0 (0,0%)	0	76 (98,7%)	1 (1,3%)	4
Gestion des médicaments - Organismes extra-hospitaliers	38 (100,0%)	0 (0,0%)	3	40 (100,0%)	0 (0,0%)	7	78 (100,0%)	0 (0,0%)	10
Soins de longue durée	54 (100,0%)	0 (0,0%)	1	98 (100,0%)	0 (0,0%)	1	152 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Total	160 (98,8%)	2 (1,2%)	8	253 (99,2%)	2 (0,8%)	8	413 (99,0%)	4 (1,0%)	16

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgation des événements (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Gestion des événements (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Identification des usagers (Soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	6 sur 6	2 sur 2
Programme d'entretien préventif (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Stratégie de prévention des chutes (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

La visite d'Agrément Canada auprès du « CHSLD Bussey » a eu lieu entre le 6 et 8 novembre 2017. La dernière visite d'agrément remonte à 2013. Il s'agit d'un CHSLD privé conventionné de 35 lits. Une visite ministérielle d'appréciation du milieu de vie a eu lieu en 2015. La direction a mis en œuvre plusieurs moyens pour s'assurer de l'actualisation d'un milieu de vie et d'interventions appropriées et sécuritaires aux résidents. Parmi les réalisations entre 2013 et 2016 on note: implication accrue des résidents et familles; poursuite de l'approche milieu de vie; stabilité des équipes; activités de loisirs stimulants et diversifiés pour la clientèle; amélioration du climat de travail.

Compte tenu de son statut privé, la composition du Conseil d'administration est différente de celle des établissements publics. La gouvernance est assurée par la Direction générale de l'établissement qui fait des comptes rendus aux actionnaires-propriétaires. Cette gouvernance est aussi appuyée par la synergie de deux autres organismes: le Centre Hospitalier St-François inc. et le CHSLD Bourget. Les propriétaires sont soucieux et jouent un rôle actif dans la promotion d'une culture de performance et des meilleures pratiques pour s'assurer de la qualité des soins et services offerts aux résidents.

Les orientations stratégiques ont été dernièrement mise à jour. Cet exercice essentiel est propice, a permis de mettre à jour les changements survenus dans l'organisation du secteur de la santé au 1er avril 2015. On y retrouve aussi une description de la philosophie de milieu de vie et les enjeux organisationnels. Des plans d'actions opérationnels sont élaborés pour les 6 objectifs identifiés.

Pour le volet des communications avec les résidents et les familles, plusieurs outils sont en utilisation. Il y a une grande disponibilité de la direction ainsi que des professionnels avec une philosophie de gestion « porte ouverte ». De plus, la philosophie de transparence est évidente en consultant le site Web organisationnel qui est une source précieuse d'informations. La présence d'une équipe engagée et un milieu de vie bien établi représentent des forces appréciables. L'établissement a une bonne vision de la gestion intégrée des risques et de la qualité et a élaboré un plan détaillé.

À travers les années, les dirigeants ont développé des partenariats d'affaires qui répondent aux besoins des établissements de santé du territoire. Antérieurement, le CHSLD Bussey avait un partenariat étroit avec l'Agence de Montréal et le CSSS Dorval Lachine Lasalle. Avec les changements du 1er avril 2015, l'organisme a du rebâtir son partenariat avec d'autres entités nouvellement constituées comme le CIUSSS de l'Ouest de l'Île-de-Montréal. Le nouveau partenariat a permis de régler ponctuellement des bris de service dans la couverture médicale ainsi assurant une continuité du service quand le médecin attitré du CHSLD Bussey va en vacances.

L'organisme connaît bien les besoins de la communauté. Des collaborations ont lieu pendant l'année avec des organismes communautaires qui ont pour but d'augmenter la qualité et le nombre d'activités de loisirs. Ces activités sont variées, individuel et de groupe et sont présente sept jours semaine.

L'établissement est conscient qu'il devra miser sur le développement et sur la rétention de sa main-d'œuvre afin de maintenir le standard de qualité actuel et retirer le bénéfice de ses investissements notamment par le soutien donné, la formation et la reconnaissance au bénéfice de sa clientèle. Le défi touchant particulièrement la main d'œuvre pour l'assistance est important, particulièrement à cause d'un environnement compétitif. L'organisme a été capable de réduire l'utilisation de sa main-d'œuvre indépendante infirmière ainsi créant une plus grande stabilité au niveau des soins. Le défi cependant reste présent pour la catégorie des préposés aux bénéficiaires.

Il y a une bonne collaboration avec les employés et l'établissement met en place des initiatives touchant la conciliation famille-travail ainsi que l'aménagement des heures de travail. Les relations syndicales sont harmonieuses. Il y a une certaine fidélisation des employés, car un pourcentage y travaille depuis plusieurs années. On encourage l'organisme à continuer la valorisation avec les outils qu'il croit opportuns.

En matière de gestion des ressources humaines, une politique sur le développement des ressources humaines (PDRH) est en place. L'évaluation du rendement du personnel doit être renforcée de façon plus globale avec l'effort soutenu des différents secteurs. Une pochette d'information à l'intention des employés et des résidents est remise systématiquement et inclut aussi des consignes sur la sécurité des résidents et employés et on encourage en temps opportun à revoir le contenu en termes de littéracie pour la clientèle cible.

La pratique médicale se caractérise par une grande disponibilité d'un seul médecin. Ceci peut être considéré comme un dévouement pour le centre, mais étant donné que ce médecin s'approche à sa retraite cela devient une vulnérabilité pour la continuité de la couverture médicale. L'approche interdisciplinaire est dynamique et bien implantée. Les membres du personnel connaissent bien leurs rôles et les descriptions de tâches reflètent les dimensions qualité et sécurité.

Le personnel est dédié et attentionné à l'égard des résidents. L'organisme a effectué des améliorations marquées dans la tenue du dossier respectivement à la dernière visite d'agrément. L'organisme respecte les Lois en vigueur sur la protection de la vie privée des résidents et de la confidentialité des renseignements les concernant. Pour chaque résident, il y a une évaluation du risque de développer des plaies de pression et effectuer les interventions requises pour les prévenir. De ce fait, il y a des notes d'observation dans les dossiers des résidents. De plus une évaluation des risques pour les chutes est effectuée à l'admission ainsi que le risque suicidaire. Le personnel à sa disposition d'équipements requis pour assurer des services de qualité.

Le CHSLD Bussey a récemment revu sa distribution de médicament. De plus, un comité pharmaco-nursing va s'assurer de la pharmacovigilance. Plusieurs audits sont effectués dans les programmes en place pour s'assurer du bon fonctionnement et de la nécessité d'apporter des correctifs au besoin. La double identification selon les normes d'Agrément Canada est respectée. Un programme de prévention des chutes et des mesures de contrôles est en place. Nous avons pu constater que, de façon systématique, le bilan comparatif des médicaments est respecté.

Les résidents et familles sont invités à participer au plan d'intervention interdisciplinaire à la suite de l'admission dans le centre. Les résidents et les familles se disent bien accueillis et satisfaits des soins et services. L'approche milieu de vie est implantée. Les résidents ou membres de familles participent aussi à certains comités organisationnels.

Un sondage de satisfaction de la clientèle est effectué. Les résultats font objet d'une élaboration de plan d'action pour répondre aux préoccupations identifiées. Les résidents, les familles, le comité des usagers sont impliqués dans cette « œuvre collective » visant l'amélioration de la qualité du milieu de vie. Les membres des équipes affirment obtenir écoute et collaboration de la direction générale. Ils disent se sentir à l'aise de faire des demandes au nom des résidents et recevoir des solutions rapides de la part de la direction. La perception, voulant que la clientèle se sente respectée et bien accompagnée par du personnel compétent, dévoué, respectueux contribue à offrir chaleur humaine et une qualité des services.

Enfin, l'équipe complète est profondément engagée et dédiée.

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

Le CHSLD Bussey est un centre de soins de longue durée privé conventionné situé dans le territoire du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Ouest de l'Île-de-Montréal. Il a 35 lits qui se traduisent par deux salles de quatre lits chacune, une chambre privée et le restant des lits en chambre semi-privée. Son taux d'occupation est presque 100 % et le centre emploie 50 personnes.

Le plan stratégique 2016-2020 a été complété et un bilan est réalisé annuellement. Les plans opérationnels des différents enjeux sont inclus dans la planification. Cette planification a permis de mettre l'accent sur les contraintes de l'organisme, considérer les opportunités qui pourront être saisies et avoir un regard évaluatif sur les ressources. Le suivi du plan stratégique et l'analyse des plans opérationnels sont assurés par le comité de direction. Même si le plan stratégique s'étend sur cinq ans, les plans opérationnels ont des cibles annuelles. Le bilan annuel des réalisations est déposé aux propriétaires de l'établissement. Des indicateurs ont été identifiés pour permettre l'état d'avancement des travaux pour l'atteinte des objectifs.

Les partenaires en ont reçu une copie et le document est accessible sur le site internet de l'établissement. L'organisme possède un organigramme, une structure hiérarchique et une organisation des services. Des politiques et procédures sont en place et sont révisées avec une échéance établie ou selon le besoin. Les visiteurs ont constaté une grande volonté de l'organisation de s'assurer de l'actualisation du milieu de vie et d'interventions appropriées aux résidents.

L'équipe et le personnel démontrent de la souplesse afin de personnaliser les soins et services, de la créativité et de l'ouverture pour permettre de répondre de façon optimale aux besoins spécifiques des

résidents. Chacun à sa manière et selon ses compétences participe à créer un milieu de vie chaleureux et sécurisant pour le résident.

Étant donné qu'il s'agit d'un établissement privé conventionné, le conseil d'administration est constitué selon la Loi sur les compagnies. Il s'agit des actionnaires de l'entreprise. L'établissement est en relation avec plusieurs partenaires et les entretiens avec eux confirment l'existence de relations harmonieuses et constructives.

Le CHSLD Bussey sonde la satisfaction de sa clientèle et à la lumière des résultats, met en place des plans d'amélioration de la qualité. Il est suggéré de passer maintenant à l'étape d'évaluer l'expérience du résident qui pourra fournir des détails sur l'amélioration des processus de soins et d'assistance en place. Dans ce que nous avons constaté, l'apport du résident et de la famille est en voie de bien s'installer dans les différentes sphères d'activités.

Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

Une surveillance étroite de l'utilisation des ressources est effectuée, ce qui n'empêche pas qu'on procède à des ajustements lorsqu'ils sont justifiés. Des rapports sont fournis périodiquement aux gestionnaires pour qu'ils aient l'information nécessaire pour apporter des ajustements aux dépenses et à l'utilisation des ressources. Il y a un processus en place pour la priorisation et l'acquisition en immobilisation.

Il existe un processus structuré de planification et de gestion des ressources budgétaires entre les services administratifs et la direction générale. La planification budgétaire et les priorités de développement sont établies en lien avec les orientations du plan stratégique. Les services administratifs procèdent à la préparation du budget annuel ainsi que le budget des équipements et immobilisations et font la validation avec la direction générale par la suite. Lors des analyses budgétaires périodiques, il y a un suivi des écarts. Les outils de type d'analyse des coûts sont appliqués pour contribuer à l'optimisation de l'utilisation des ressources ainsi que pour les approvisionnements. Les analyses périodiques des résultats comparés aux prévisions sont effectuées systématiquement.

Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
10.11 Une entrevue de départ est proposée à l'ensemble des membres de l'équipe qui quittent l'organisme.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Les dossiers des employés consultés contenaient des attestations d'appartenance à l'ordre professionnel et le permis de pratique le cas échéant. La vérification de l'existence d'un casier judiciaire pour les nouveaux employés est effectuée systématiquement ainsi que l'engagement au respect de la politique pour prévenir la violence et le harcèlement au travail et du code d'éthique. Le dossier de l'employé contient les formations suivies à l'externe des murs de l'organisme. On a pu consulter le registre central de formation contenant les sujets traités pendant l'année.

Une politique sur la prévention de la violence en milieu de travail est en place et les entretiens avec les employés nous démontrent qu'elle est connue. Pour cette politique, nous tenons à souligner le travail rigoureux effectué par la direction suite à des signalements. Les enquêtes réalisées par la direction ont permis d'améliorer grandement la qualité de vie de travail. Il y a aussi de la formation annuelle sur la sécurité des usagers qui est donnée aux employés avec des thématiques spécifiques pour chaque année. Une politique de vaccination antigrippale et antipneumococcique est en vigueur.

Les priorités triennales de développement des ressources humaines ont été identifiées et le suivi est assuré au niveau du comité de gestion. Une analyse a été faite pour les différents titres d'emploi. Les besoins sont les résultats de consultations avec les équipes, l'évaluation des plans opérationnels et les suivis des évaluations du rendement de chaque employé. L'établissement est conscient des enjeux d'attraction pour des ressources qui sont en soi déjà peu nombreuses surtout pour les préposés aux bénéficiaires.

Des suivis de gestion portent sur des indicateurs ciblés qui font partie des plans opérationnels de chaque secteur. Une prochaine étape possible serait des analyses comparatives avec les données d'autres centres privés conventionnés de taille semblable. L'organisme a effectué un virage positif en diminuant de façon significative le recours à la main-d'œuvre indépendante. Cependant, en parallèle, on note une augmentation du temps supplémentaire qui amène l'enjeu d'épuisement. L'établissement est proactif dans la recherche de solution pour augmenter la rétention. On encourage l'établissement à augmenter leurs collaborations avec les différentes maisons d'enseignement pour accroître la possibilité de recrutement et de rayonnement.

Plusieurs politiques de gestion des ressources humaines ont été révisées et mises à jour. La description des fonctions contient la description des tâches et des critères relatifs à la sécurité. Un programme d'accueil, d'orientation et d'évaluation pour la probation est en place. Un programme d'évaluation du rendement permet d'évaluer l'ensemble du personnel. Ce dernier est atteint en partie. On encourage l'organisme à poursuivre l'harmonisation de la pratique d'évaluation du rendement dans tous les secteurs. La stabilité des ressources passe par un soutien structuré, et ce, à tous les niveaux de l'organisation. Un programme de reconnaissance est en place et des lettres de remerciement sont envoyées aux employés qui démontrent une implication et un dévouement particulier à la mission et les valeurs de l'organisme. Ces lettres sont aussi consignées au dossier d'employé. On encourage l'organisme à faire des entrevues de départs pour mieux cibler les points qui pourraient être améliorés pour la rétention. L'établissement n'a pas une politique de conciliation travail-famille, mais les accommodements sont faites au cas par cas pour des situations particulières.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

Le CHSLD Bussey, en partenariat avec les deux autres centres, de la même entreprise, a élaboré les orientations stratégiques pour les années 2016-2020.

Les orientations stratégiques se traduisent en objectifs:

Consolider une culture d'uniformisation et de standardisation des lignes directrices afin de faciliter les opérations entre les trois centres; gérer les ressources financières et matérielles de manière à répondre aux besoins des résidents et de l'organisation de façon responsable et performante; viser l'excellence dans le service à la clientèle pour tous les résidents et leurs proches en offrant des services personnalisés et un milieu de vie chaleureux et sécuritaire; s'assurer, conformément aux organismes d'évaluation, que les résidents sont protégés des événements indésirables, sentinelles ou des erreurs liées aux médicaments, des infections et autres préjudices; créer des environnements pratiques et propices au bien-être où l'on se sent comme chez soi; demeurer un employeur de choix. Ces six objectifs sont déclinés en plan d'action avec des indicateurs.

Des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers sont produits et un suivi est fait au comité de gestion des risques. Il faut aussi mentionner qu'à quelques reprises des actions sont prises bien avant la rencontre du comité de gestion des risques et l'organisme est proactif dans la recherche de solutions pour éviter que les événements indésirables se reproduisent. Un dépliant sur la culture de sécurité est remis aux employés, résidents et bénévoles.

Il y a une culture de sécurité qui s'installe au CHSLD Bussey. Le comité de gestion des risques, le comité de gestion intégrée de la qualité, le comité pharmaco-nursing sont des exemples du souci existant pour la sécurité des résidents. Le comité de vigilance et de la qualité assure le lien avec les actionnaires-propriétaires.

Le personnel indique que les déclarations des incidents/accidents sont suivies par les gestionnaires et une rétroaction est donnée. La documentation indique que les événements sentinelles sont systématiquement analysés et des actions correctives sont apportées rapidement. Pour ce qui est des plaintes auprès du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services il n'y en a pas eu pour les deux dernières années. Il faut mentionner que le commissaire est présent dans les activités du comité des usagers et les familles savent comment le rejoindre. Les résidents et familles nous disent que si un problème est soulevé l'administration travaille avec la famille pour trouver des solutions acceptables.

L'organisme travaille sur la réduction de l'utilisation de mesure de contrôle, au moment de notre visite il n'y avait pas de contention et les employés nous ont indiqué que l'effort est mis sur des mesures alternatives.

Un plan de sécurité triennal (2016-2018) est en place et structuré selon les facteurs qui contribuent au risque lié au patient, à la tâche, aux individus et l'équipe, à l'environnement, l'équipement et des facteurs organisationnels. L'organisme est encouragé à revoir prochainement le plan de sécurité et d'y ajouter des objectifs SMART. Cette méthode entraîne un processus d'analyse pour mieux définir l'objectif avec des critères « smart » : spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporellement défini. Le même principe peut s'appliquer à d'autres plans d'action notamment celui opérationnel qui touche directement les orientations stratégiques.

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

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

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

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

L'organisation a un cadre conceptuel d'éthique qui s'applique aux résidents, employés et bénévoles. Le Code d'éthique est connu par les employés et par les résidents et leurs familles. Il est disponible sur le site Web organisationnel. Les employés signent une déclaration d'allégeance ainsi qu'une entente de respect de la confidentialité. Ce formulaire se retrouve au dossier de l'employé. Le Code d'éthique pour les résidents est également disponible et se trouve dans les pochettes d'accueil. Les commentaires des résidents et des familles, de même que nos constatations, permettent d'affirmer que la confidentialité est respectée. L'organisme a aussi une politique sur l'accès au dossier par le résident et sa famille.

Le personnel connaît la procédure pour avoir de l'information qui touche un dilemme éthique, le personnel se réfère à leur supérieur immédiat. Des capsules de formation de base en éthique ont été données aux employés. Il y a une ressource externe spécialisée en éthique pour supporter l'organisation en cas de situation complexe ou dilemme ou encore pour le soutien à la formation. L'établissement a un code de civilité.

L'organisme a accès à un Commissaire aux plaintes et ce dernier produit des rapports annuels et intervient au besoin. Il est suggéré au CHSLD Bussey de continuer à faire des séances thématiques avec le personnel et les familles des résidents pour les sensibiliser et promouvoir une réflexion sur des thèmes abordés, par exemple la confidentialité, le niveau de soins, la fin des traitements ou la maltraitance. Cette activité peut se faire en concertation avec le comité des usagers.

Un programme de fin de vie est élaboré ainsi que la formation. Les niveaux de soins sont systématiquement discutés avec la famille à l'admission ou quand la situation du résident change. Des situations impliquant les problèmes de dysphagie et le recours aux contentions sont discutées avec la famille. L'organisme adopte la philosophie d'intervention de ne pas avoir de contention et de privilégier les mesures alternatives. Ces informations font aussi partie de la documentation incluse dans le Guide d'accueil du résident.

Processus prioritaire : Communication

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

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

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

L'établissement s'est doté d'un plan de communication. Il précise les rôles et responsabilités de chacun et encourage une communication transparente par différents outils. Parmi ces outils de diffusion, on a pu constater des tableaux d'affichage sur les unités, dans la salle de repos des employés, l'utilisation de l'internet et du courriel régulier pour les familles des résidents ainsi que la notification verbale pendant les comités, les assemblés générales et d'autres opportunités que les gestionnaires ont à leur disposition dans leur habitude de gestion de proximité.

Le Guide d'accueil du résident et de la famille et le Guide d'accueil de l'employé que nous avons consultés contiennent de l'information pertinente et utile. Des conversations avec les résidents et la famille en regard du partage de l'information nous ont permis de confirmer que ce canal est fonctionnel et apprécié. Les entretiens téléphoniques avec les partenaires du réseau nous ont permis d'apprécier la bonne collaboration à l'égard du partage d'information et la facilité de collaboration entre eux.

Le rapport annuel de l'organisme est complet, détaillé et accessible sur le site internet. On y retrouve de nombreux indicateurs de résultats témoignant de la transparence de l'organisme. Des dépliants sont disponibles à l'accueil et portent sur des sujets variés comme sur la sécurité, la prévention des infections, la possibilité de faire une plainte pour insatisfaction. Il est suggéré de revoir l'aspect de l'infographie pour les différentes publications pour que l'information écrite soit plus facile à lire et à retenir par les lecteurs âgés.

Les communications entre les employés et le personnel d'encadrement sont fluides. Plusieurs mécanismes sont mis de l'avant pour prendre en compte les opinions du personnel. Il y a très peu de griefs. L'organisme fait la promotion d'une gestion qui favorise les contacts fréquents entre les gestionnaires et les équipes.

L'organisme a une page Web pour l'établissement qui offre beaucoup d'informations aux employés et aux familles. Le comité des usagers a aussi une page Facebook qui est appréciée par les familles qui ne peuvent pas être présentes souvent.

En termes de sécurité de l'information, les accès sont contrôlés (volet administratif) et il y a le répertoire commun accessible aux professionnels. La sauvegarde est faite de façon continue sur un serveur avec des sauvegardes de sécurité effectué de façon hebdomadaire.

Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

L'environnement est accueillant malgré des contraintes architecturales comme la présence de 2 salles à quatre lits et une seule chambre privée. Il s'agit d'un édifice à deux étages avec un monte-charge pour le déplacement des résidents entre étages. Les chambres des résidents sont le reflet d'un milieu de vie agréable et personnalisé selon le besoin de ces derniers. Les secteurs administratifs sont au sous-sol ainsi que la salle de repos des employés.

Les systèmes d'appoint font l'objet d'un programme d'entretien préventif et une génératrice remplacée dernièrement supplée aux manques occasionnels causés par des accidents de la nature. Le bâtiment est giclé avec des vérifications selon le calendrier d'entretien préventif et le système d'alarme incendie vient d'être remplacé. Des panneaux d'évacuation sont affichés à chaque sortie.

Au cours des dernières années, il y a eu d'importantes rénovations qui ont permis d'avoir des espaces communautaires agrandis sur les deux étages et les résidents l'apprécient grandement.

Les corridors sont étroits, mais dégagés. Tous les locaux autres que les chambres des résidents sont verrouillés. Les dossiers sont maintenus dans un endroit sécurisé (poste des infirmières). Il n'y a pas de croisement de linge propre et souillé. Les personnes rencontrées nous ont mentionné que le milieu de travail était sécuritaire et qu'elles avaient reçu de la formation sur le SIMDUT.

Sur le plan du développement durable, l'organisme a mis en place une récolte différenciée pour le compostage, le recyclage, l'éclairage est à la DEL et il y a une « trappe à graisse » pour le traitement de l'huile et de la graisse provenant de la cuisine.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
13.2 Un plan d'intervention relatif à tous les sinistres ou toutes les situations d'urgences est élaboré et mis en oeuvre.	!
13.7 Un plan de continuité des opérations est élaboré et mis en oeuvre afin de poursuivre les activités critiques pendant et après un sinistre ou une situation d'urgence.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le plan de mesures d'urgence est disponible. Ce plan contient plusieurs situations, mais pas toutes, à titre d'exemple il ne contient pas les mesures en cas d'inondation. Étant donné son emplacement près du canal de Lachine et la réalité récente d'avoir eu une inondation, cette éventualité est importante à inclure. De plus, le plan devrait clairement indiquer l'entente avec les partenaires pour cibler des lieux de regroupement et de transfert en cas d'évacuation. La liste des résidents hébergés avec les informations nécessaires ainsi que le niveau de mobilité et autres particularités est mis à jour au besoin. Le personnel concerné a reçu une formation appropriée sur leurs rôles et responsabilités.

Des systèmes d'appoint (génératrices), des processus de communication sont prévus pour les cas d'urgence. Le nécessaire pour les pannes d'électricité est disponible dans chacun des services. L'entretien des systèmes de détection, d'avertissement et d'extinction des incendies pour réduire les risques d'incendie fait l'objet d'entretien préventif documenté, tel que requis. Des mises à l'essai sont prévues régulièrement. Les résultats sont notés, diffusés au personnel et servent à améliorer les exercices subséquents. Des exercices sur le code rouge, jaune et vert ont eu lieu pendant l'année. On félicite l'organisme d'avoir effectué des exercices d'évacuation en verticale. Cela est très utile étant donné les contraintes architecturales existantes.

Des politiques et procédures, en collaboration avec la direction de la santé publique, sont prévues afin de déceler et gérer les épidémies et les pandémies. Cependant cela ne se retrouve pas dans le cartable des mesures d'urgence, mais dans un autre cartable. On invite l'organisme à simplement l'inclure dans le cartable maître. Les inspections, les mises à l'essai ainsi que l'entretien de tout équipement de sécurité sont faits par l'ouvrier de maintenance et sont consignés au registre d'entretien préventif.

Le plan est connu des employés. De la formation sur les mesures d'urgence a été dispensée aux employés. Les recommandations sont appliquées par l'établissement en suivi du rapport émis. Dans son plan de mesure d'urgence et sur le plan d'évacuation, l'organisme est encouragé à indiquer les lieux d'entrepôt des cylindres d'oxygène et une signalisation devrait apparaître sur la porte menant à

l'entrepôt. Les fiches SIMDUT sont mises à jour et disponibles. Le calibrage des doseurs chimique est effectué par une firme externe.

Pour le volet des congélateurs et frigos au service alimentaire, on encourage l'organisme à avoir des alarmes sonores pour signaler un bris d'équipement. Des relevés de température sont pris chaque jour et en cas de manque de courant les systèmes sont sur génératrice. Cependant cela ne couvre pas la possibilité d'avoir un bris mécanique et le mal fonctionnement peut apporter des conséquences néfastes pour l'intégrité des aliments.

Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Un processus non écrit sur le cheminement des clients à l'accueil est en place.

L'équipe s'est donné une méthodologie de travail avec l'implication et la compréhension de tous les acteurs impliqués dans ce processus. Le mécanisme d'accès comporte des évaluations de la part des travailleurs sociaux du CIUSSS de l'Ouest de l'Île-de-Montréal, il y a une pré-visite et le choix est fait par la famille. Le taux d'occupation est presque de 100 %. Il est rare que l'établissement ne puisse pas accepter des résidents, le seul facteur limitatif est qu'ils soient fumeurs, car le CHSLD n'a pas de fumoir pour les résidents.

Un guide d'accueil est transmis aux nouveaux résidents lors de l'admission. Le guide contient une multitude d'informations pouvant soutenir les membres de la famille sur les soins et services offerts. Le processus d'accueil permet au résident et à sa famille de répondre aux inquiétudes de ces derniers en donnant de l'information qui est abondante. Pour ce qui est de services particuliers et spécialisés qui requièrent la condition du patient, l'établissement fait des démarches pour s'assurer que le service est octroyé.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

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

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

L'évaluation des besoins en équipement et appareils médicaux est encadrée par un processus formalisé géré par la direction générale. Les demandes d'équipement proviennent habituellement de la direction des soins infirmiers. L'organisation procède aux achats, selon les priorités et les ressources disponibles. Un plan annuel pour l'achat des équipements est implanté.

Un programme sur l'entretien préventif des équipements est élaboré. L'entretien des équipements est confié, selon les problématiques, aux ressources internes ou à des firmes externes selon des ententes signées. Un registre est en place pour déterminer la fréquence des entretiens pour le matériel médical et de soins ainsi que pour les équipements. Nous tenons à souligner les efforts déployés par l'organisation pour s'assurer de la sécurité des équipements et appareils médicaux.

Il n'y a aucune activité de stérilisation ou de retraitement de matériel et de dispositifs médicaux. Le matériel à usage unique n'est pas réutilisé.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

- Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

- Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

- Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'utilisateur tout au long de l'épisode de soins.

Aide à la décision

- Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.

Impact sur les résultats

- Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.

Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

Les services de pharmacie sont dispensés par une pharmacie communautaire. Un pharmacien est présent quatre heures aux deux semaines et disponible selon les besoins. Ce dernier s'assure de la vérification des réserves, des médicaments au commun et de la conformité des BCM, entre autres.

Depuis septembre 2017, l'organisation a implanté l'administration des médicaments par sachets, et ce, en étroite collaboration avec le pharmacien et la direction des soins infirmiers. Le personnel infirmier a reçu une formation et de l'encadrement clinique lors de ce changement de pratique. Les normes de préparation et de transport sont assurées par la pharmacie communautaire. Des contenants scellés utilisés pour le transport en garantissent la sécurité.

La photo de chaque résident associée au profil pharmaceutique sert d'identifiant pour sécuriser le processus d'administration. L'administration des médicaments se fait selon la règle des cinq bons. Nous encourageons l'organisation à actualiser cette règle en fonction des meilleures pratiques.

Les chariots à médicaments sont verrouillés lorsqu'ils ne sont pas utilisés. Les médicaments à risque élevé sont identifiés et des règles de sécurité sont en place pour prévenir les accidents (double vérification, affichage de couleur, diminution des concentrations, profils pharmacologiques à jour, gestion des narcotiques). Le personnel infirmier est formé en matière de déclaration des événements indésirables au sujet de la médication. Aucun résident ne reçoit de médicaments exigeant le recours à une pompe à perfusion.

La mise en place d'un comité pharmaco-nursing assure le développement des compétences, le contrôle et le suivi en matière de la gestion des médicaments. La pharmacie communautaire dispose d'un programme de contrôle de la qualité.

Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	
7.5 Les politiques, et les procédures ainsi que les exigences des lois en ce qui a trait à la manipulation des matières biologiques dangereuses sont respectées.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	

La politique de prévention et de contrôle des infections (PCI) est disponible, connue et appliquée par les intervenants des services (p. ex.: soins infirmiers, hygiène et salubrité et services alimentaires). La conseillère en soins infirmiers (CSI) est la personne désignée par l'organisation comme responsable de l'application, l'actualisation et l'évaluation de la politique selon les meilleures pratiques en matière de PCI.

La couverture vaccinale des résidents et du personnel atteint une moyenne de 70% environ. Plusieurs stratégies de prévention et de promotion sont mises de l'avant pour sensibiliser le personnel à se faire vacciner. Un consentement libre et éclairé est signé dès l'admission d'un résident pour le vaccin pneumocoque et celui de l'influenza. Le personnel a accès au protocole d'immunisation du Québec (PIC).

Le programme d'orientation comprend une formation en PCI. Le personnel a accès également à un DVD en tout temps. La CSI offre différentes capsules de formation au personnel sur: l'étiquette respiratoire, le lavage des mains, l'équipement de protection individuelle (EPI) et les différents agents pathogènes. Les rôles et les responsabilités sont bien connus par le personnel ainsi que les quatre moments clés du lavage des mains.

Les différentes procédures découlant de la politique (p.: bris de la chaîne de froid, lavage des surfaces, désinfection d'une chambre, manipulation de la lingerie souillée, entreposage des instruments contaminés, nettoyage et désinfection des fauteuils roulants, déclaration des agents pathogènes, dépistage du SARM, mesures d'isolation, etc.) sont connues et appliquées dans une visée de qualité et de sécurité pour les résidents et pour le personnel. L'organisation n'a pas eu d'éclosion depuis plusieurs mois voire des années. Les mesures de contrôle, de suivi et d'évaluation en PCI implantées par la CSI ont grandement contribué à dépister rapidement les sources d'infection et à mettre en place les mesures adéquates au bon moment. Un rapport trimestriel concernant la grippe, la gastro-entérite et les autres infections est présenté au comité de gestion de risques ainsi qu'au comité de la PCI. Une seule enquête a été réalisée par la CSI en étroite collaboration avec le service alimentaire. Un plan d'action et des recommandations ont été élaborés et suivis rigoureusement.

Concernant la gestion des déchets biomédicaux et des objets pointus, nous encourageons l'organisation à revoir l'application de la politique selon les meilleures pratiques. Également, il serait important de faire un rappel au personnel des trois quarts de travail concernant la gestion des déchets biomédicaux. L'organisation doit s'assurer d'avoir les contenants biomédicaux bien identifiés sur les unités de soins.

L'organisation prend toutes les mesures pour contrôler les infections nosocomiales ainsi que les éclosions de grippe ou de gastro-entérite. Nonobstant, certaines caractéristiques de l'environnement peuvent constituer un risque important d'infection (p. ex.: salle de 4 lits, contenants pour les déchets biomédicaux mal identifiés). Nous encourageons l'organisation à continuer de mettre l'emphase sur la formation, l'évaluation des acquis, le suivi des audits et l'élaboration des recommandations cliniques et de soutien.

Également, nous encourageons l'organisation à redoubler ses efforts afin d'intégrer les résidents et leurs familles dans les activités de prévention et de promotion en PCI.

Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	

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

Processus prioritaire : Compétences
--

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Leadership clinique
--

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. Les compétences ainsi que les rôles et les responsabilités en fonction de la prestation des services sont connus et respectés par le personnel. Les services sont dispensés dans un climat de collégialité et de collaboration.

Différentes actions sont mises de l'avant pour établir des partenariats avec des ressources externes (p. ex.: université, établissements de santé, CHSLD privés) pour le partage d'expertises cliniques.

Processus prioritaire : Compétences
--

Un programme d'orientation structuré est offert aux nouvelles embauches. L'organisme met en place les ressources nécessaires pour l'encadrement et le soutien cliniques des équipes de soins (p. ex. : présence d'une conseillère en soins infirmiers et d'une directrice des soins infirmiers). Plusieurs activités de formation ont eu lieu pour rehausser les compétences en soins infirmiers (p.ex.: chutes, plaies, médicaments, etc.). De plus, la formation à l'examen physique et mental a été dispensée afin de se conformer aux orientations ministérielles. Le personnel soignant participe à des formations offertes par l'équipe Voyer, expert en approche gériatrique.

Le personnel est évalué aux trois ans.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le processus d'accueil et d'admission est structuré. Une pochette d'accueil est remise et les informations expliquées au résident et à sa famille lors d'une rencontre avec la directrice des soins ou l'ASI. La collecte des données a été révisée et actualisée répondant aux besoins spécifiques des résidents.

Un plan d'intervention (PII) est élaboré six semaines post-admission et révisé une fois par an. Un plan est complété par l'équipe interdisciplinaire et annexé dans les dossiers ayant été consultés. Un calendrier de révision des dossiers est planifié. Divers professionnels participent aux rencontres interdisciplinaires (p. ex.: ergothérapeute, physiothérapeute, technicienne en loisir, pharmacien, infirmière, infirmière aux, préposé aux bénéficiaires) selon les besoins du résident. Un processus est établi pour s'assurer du transfert d'information si un professionnel est absent. Les services de réadaptation et d'animation-loisirs sont accessibles aux résidents afin de leur permettre de participer à des activités adaptées en respectant leurs capacités.

Différents programmes ont été élaborés par la direction des soins infirmiers (p. ex: chutes, contentions et mesures alternatives, plaies, soins palliatifs et de fin de vie, suicide). Les différents outils cliniques en lien avec ces programmes sont appliqués. Le personnel a accès à une documentation clinique fondée sur les meilleures pratiques.

Nous encourageons la direction des soins infirmiers à s'assurer qu'un PTI soit élaboré pour chaque résident afin de se conformer à cette norme professionnelle et l'organisation à continuer à impliquer le résident et ses proches tout au long de l'épisode de soins.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le consentement est demandé et signé par le résident ou par son représentant avant la prestation des services pour la consultation et la divulgation de renseignements contenus dans son dossier. Des consultations en éthique clinique sont faites selon les situations. Un consultant en éthique contractuel est accessible si besoin.

Les politiques et procédures en regard de la tenue du dossier sont appliquées. La tenue du dossier a été révisée, les données cliniques et les différents outils standardisés.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisation s'est doté des différents tableaux de bord cliniques (p. ex: PCI, gestion des médicaments, plaies, chutes) permettant d'exercer une vigie continue sur les résultats de santé des résidents. Nous encourageons l'organisation à déployer le formulaire post-chute et à en assurer l'encadrement et le soutien clinique nécessaires.

La double vérification est conforme aux normes. Toutefois, nous encourageons l'organisation à réfléchir sur l'accessibilité de la photo placée dans la chambre.

Également, il importe de préciser la nécessité d'assurer l'actualisation du protocole d'application sécuritaire des mesures de contrôle selon le cadre de référence du MSSS (2015).

Résultats des outils d'évaluation

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

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

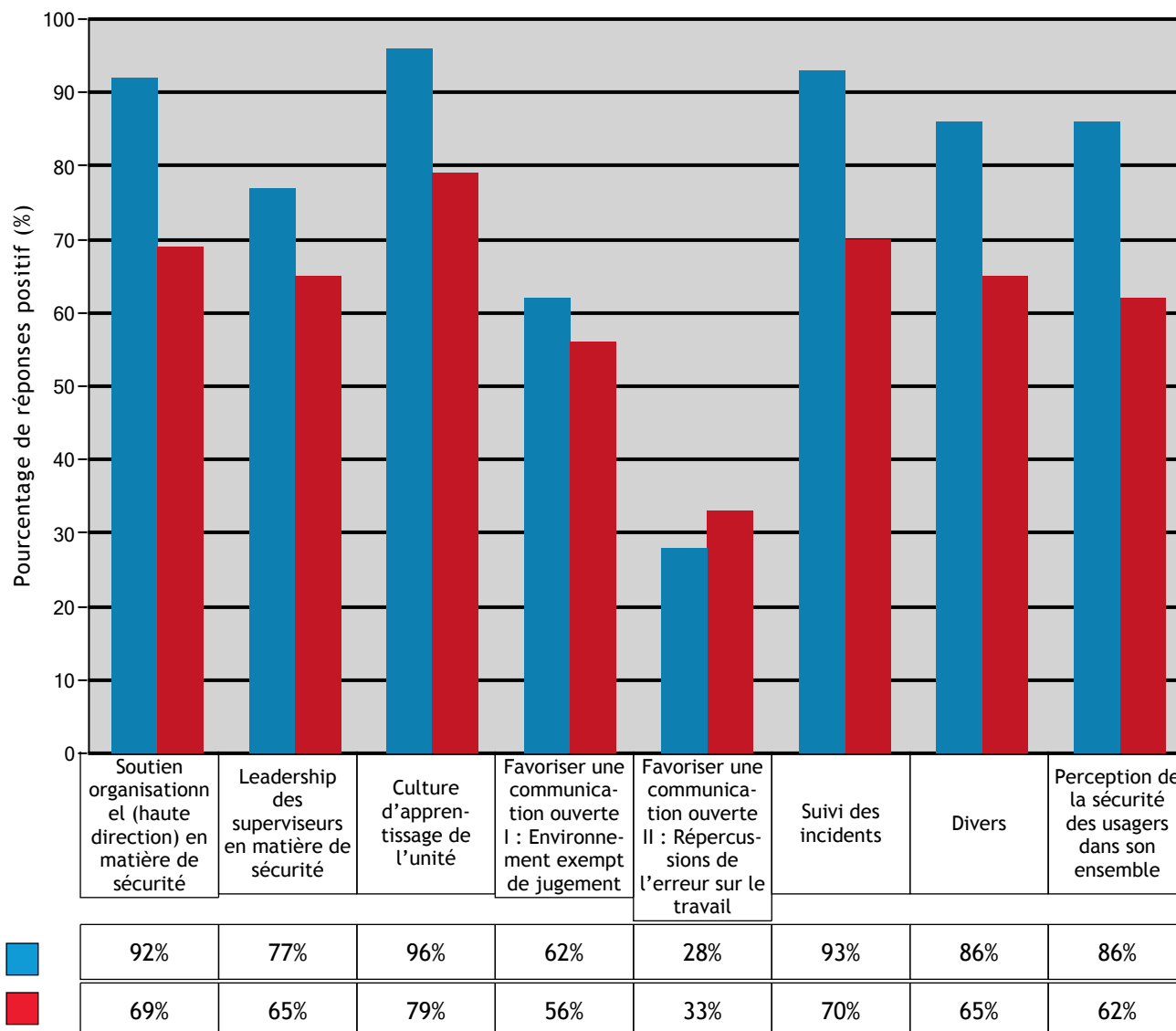
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- **Période de collecte de données : 11 avril 2016 au 2 mars 2017**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 15**
- **Nombre de réponses : 37**

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



Légende

- CHSLD Bussey
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

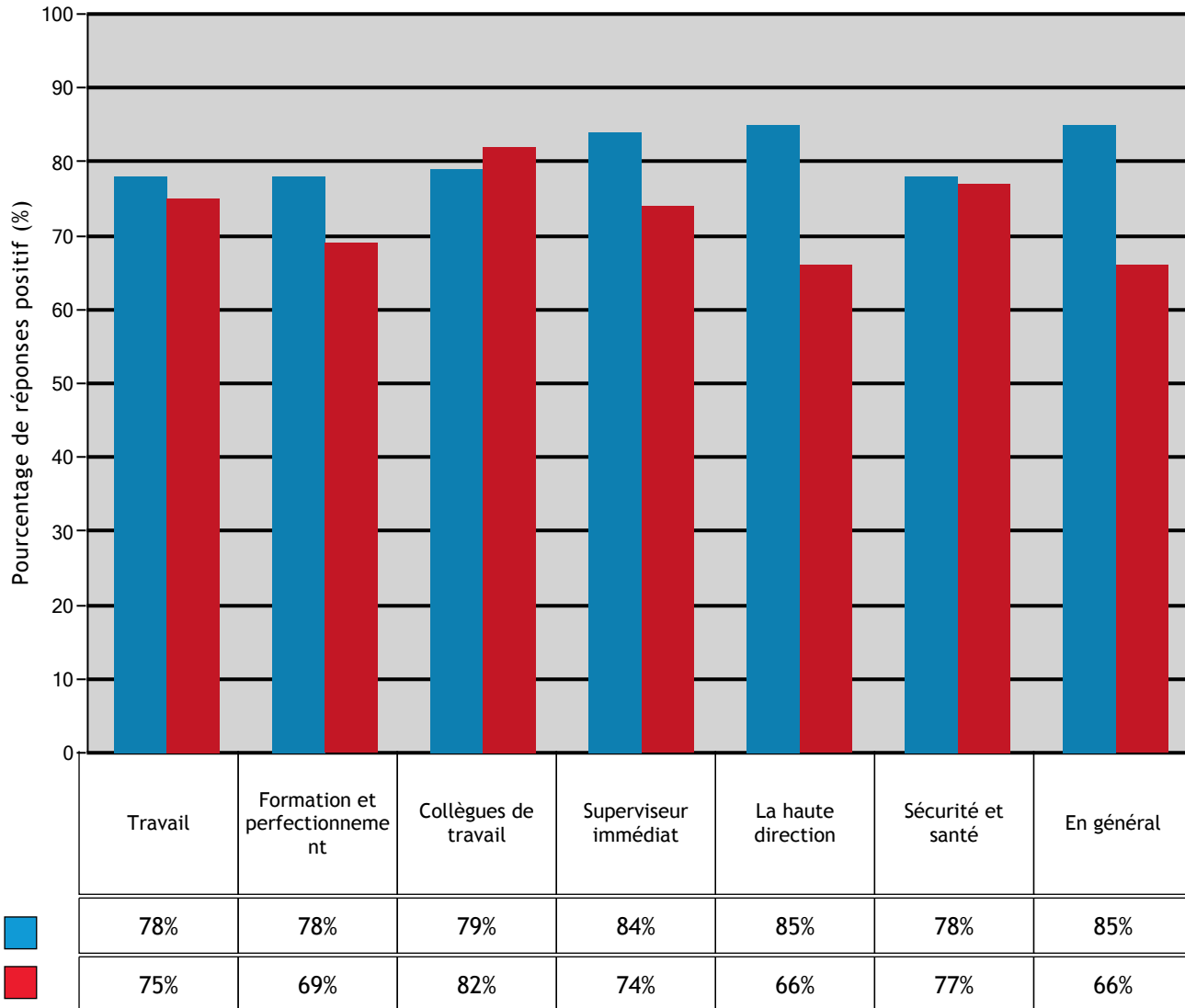
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend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

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

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

- **Période de collecte de données : 11 avril 2016 au 1 mars 2017**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 38**
- **Nombre de réponses : 38**

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



Légende

- CHSLD Bussey
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

Évaluer l'expérience de l'utilisateur de façon systématique et structurée permet aux organismes de recueillir de l'information qu'ils peuvent utiliser pour améliorer les services centrés sur l'utilisateur, accroître la participation de celui-ci et alimenter les projets d'amélioration de la qualité.

L'organisme, avant la visite, se sert d'un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur qui porte sur les dimensions suivantes :

Respect des valeurs des usagers, de leurs besoins et de leurs préférences, dont le respect des droits, des valeurs culturelles et des préférences des usagers; l'obtention d'un consentement éclairé et la prise de décisions conjointe; et l'encouragement à une participation active à la planification des soins et à la prestation des services.

Partage d'information, communication et enseignement, y compris fournir l'information que les gens désirent obtenir, assurer une communication ouverte et transparente, et offrir de l'enseignement aux usagers et à leur famille au sujet des questions liées à la santé.

Coordination et intégration des services d'un point de service à l'autre, dont l'accès aux services, un service continu dans l'ensemble du continuum de soins et la préparation des usagers pour le congé ou la transition.

Amélioration de la qualité de vie dans le milieu de soins et dans les activités de la vie quotidienne, y compris pour ce qui est d'offrir le confort physique, la gestion de la douleur, le soutien émotionnel et spirituel et du counseling.

L'organisme a ensuite la possibilité de voir aux possibilités d'amélioration et de discuter des projets liés à l'amélioration de la qualité avec les visiteurs durant la visite d'agrément.

Exigence du programme sur l'expérience vécue par l'utilisateur	
L'organisme a effectué un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur en se servant d'un outil et d'une approche qui répondent aux exigences du programme d'agrément.	Conforme
L'organisme a transmis à Agrément Canada un ou plusieurs rapports de sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur.	Conforme

Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

Planification des mesures à prendre

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

Évaluation des preuves et amélioration continue

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

Annexe B - Processus prioritaires

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

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

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

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

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

Processus prioritaire	Description
Aide à la décision	Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.
Analyses de biologie délocalisées	Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.
Banques de sang et services transfusionnels	Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.
Compétences	Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.
Don d'organes (donneur vivant)	Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.
Épisode de soins	Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.

Processus prioritaire	Description
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
Impact sur les résultats	Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Leadership clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic – Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic – Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.