



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Centre d'hébergement St-Jean-Eudes inc.

Charlesbourg, QC

Dates de la visite d'agrément : 3 au 6 octobre 2017

Date de production du rapport : 30 octobre 2017

Au sujet du rapport

Centre d'hébergement St-Jean-Eudes inc. (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en octobre 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 relatifs aux pratiques organisationnelles requises	10
Résultats détaillés de la visite	12
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	13
Processus prioritaire : Planification et conception des services	13
Processus prioritaire : Gestion des ressources	15
Processus prioritaire : Capital humain	16
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	17
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	21
Processus prioritaire : Communication	23
Processus prioritaire : Environnement physique	24
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	25
Processus prioritaire : Cheminement des clients	26
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	27
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	28
Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	28
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	30
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	31
Résultats des outils d'évaluation	36
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	36
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	38
Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	40
Annexe A - Programme Qmentum	41
Annexe B - Processus prioritaires	42

Sommaire

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

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

Centre d'hébergement St-Jean-Eudes inc. a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 3 au 6 octobre 2017**

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les établissements et services de l'organisme sont considérés comme agréés.

1. Centre d'hébergement d'Assise
2. Centre d'Hébergement Saint-Jean-Eudes

- **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
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 : version des soins communautaires
- 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.)	18	0	3	21
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	10	0	0	10
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	120	11	18	149
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	37	10	0	47
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	54	8	5	67
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	8	0	0	8
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	151	34	14	199
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	6	2	0	8
Total	404	65	40	509

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	37 (75,5%)	12 (24,5%)	1	77 (81,9%)	17 (18,1%)	2	114 (79,7%)	29 (20,3%)	3
Prévention et contrôle des infections - Organismes extra-hospitaliers	25 (100,0%)	0 (0,0%)	9	47 (100,0%)	0 (0,0%)	0	72 (100,0%)	0 (0,0%)	9
Gestion des médicaments - Organismes extra-hospitaliers	41 (100,0%)	0 (0,0%)	12	37 (94,9%)	2 (5,1%)	11	78 (97,5%)	2 (2,5%)	23
Soins de longue durée	39 (72,2%)	15 (27,8%)	1	84 (85,7%)	14 (14,3%)	1	123 (80,9%)	29 (19,1%)	2
Total	142 (84,0%)	27 (16,0%)	23	245 (88,1%)	33 (11,9%)	14	387 (86,6%)	60 (13,4%)	37

* 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)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 2
Gestion des événements (Leadership)	Non Conforme	4 sur 6	0 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Non Conforme	0 sur 1	0 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)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3

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			
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)	Non Conforme	1 sur 2	0 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Non Conforme	1 sur 3	0 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
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
Processus de retraitement (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
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.

Depuis la dernière visite d'agrément, l'établissement a connu des moments difficiles. Le décès prématuré de Mme Clémence Boucher, propriétaire du centre d'hébergement, fut ressenti comme une onde de choc au sein de tout l'établissement. Mme Boucher assurait depuis plus de 25 ans la direction générale. Femme de cœur et d'action, son engagement envers les résidents et la qualité de vie de ces derniers a su marquer de façon très significative la réputation du Centre d'hébergement St-Jean-Eudes, et ce, bien au-delà des murs.

D'un maintien historique d'une saine gestion financière, l'établissement s'est vu dans l'obligation de procéder à un important exercice de redressement financier. Placé devant les faits, le directeur général par intérim a su mettre

en place les mesures qui ont permis à l'organisme de retrouver rapidement une bonne situation financière. L'arrivée d'un nouveau directeur général a, conséquemment, amené un questionnement du style de gestion privilégié

au cours des dernières années. Dans une vision de responsabilisation et de reconnaissance des différents champs d'expertise, une approche de gestion décentralisée devenait une évidence. Dès lors, une réorganisation administrative fut amorcée amenant avec elle une révision des rôles et responsabilités de l'équipe de direction, mais également un certain enrichissement de tâches chez les professionnels œuvrant auprès des résidents.

Les partenariats avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale se situent principalement au niveau clinique, par la présence sur le terrain de professionnels de la prévention des infections et de la gestion de la médication. Des liens avec la communauté sont maintenus grâce à l'implication de près d'une centaine de bénévoles en provenance du milieu permettant, du côté de la clientèle admise, de briser l'isolement. La Fondation du centre d'hébergement

St-Jean-Eudes s'implique dans la qualité de vie des résidents en contribuant aux coûts de transport liés aux activités médicales et récréatives. La fondation contribue également à l'achat de certains équipements servant à bonifier l'offre de services.

À la suite de la décision de procéder à une réorganisation administrative, la composition du comité de direction a été revue.

L'organisme doit faire face depuis les derniers mois à une pénurie de personnel. Malgré tout, l'établissement n'a pas eu recours à la main-d'œuvre indépendante pour combler les absences ponctuelles. L'embauche de personnel d'une communauté culturelle différente du Québec traditionnel entraîne une certaine inquiétude chez les résidents, plus particulièrement au niveau linguistique. La formation en cours d'emploi est omniprésente.

Le processus d'appréciation de la contribution est à consolider.

Les soins et les services sont dispensés en interdisciplinarité. Des équipes engagées démontrent un réel souci à offrir des soins et des services de qualité axés sur le respect et le bien-être des résidents et des familles. Le milieu de travail est chaleureux. La collégialité et l'entraide sont perceptibles à tous les niveaux de l'organisme. Plusieurs protocoles et programmes cliniques contribuent à assurer la sécurité de la clientèle. L'établissement aurait avantage à se doter d'un mécanisme de suivi des indicateurs cliniques afin d'évaluer les améliorations suivant la mise en place de mesures correctives.

Les résidents et les familles rencontrés se disent très satisfaits de l'ensemble des services reçus. La majorité des personnes rencontrées disent se sentir chez elles et reconnaissent les efforts de la direction pour assurer l'équilibre entre le milieu de soins et le milieu de vie. Au regard des changements organisationnels, certains des résidents rencontrés ont besoin d'être rassurés. Au cours de la dernière année, il n'y a pas eu de plainte formellement déposée. La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a cependant accompagné 17 résidents ou familles dans un processus de résolution d'insatisfactions.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité	
<p>Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers Le conseil d'administration reçoit des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers, qui comprennent les mesures recommandées découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité, de même que les améliorations qui ont été apportées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Leadership 15.10
<p>Gestion des événements Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.* Appelé « incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Leadership 15.4
<p>Divulgence des événements Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en oeuvre pour divulguer aux usagers et aux familles les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux *.* Appelée « Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Leadership 15.6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Plan de sécurité des usagers Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Leadership 15.1

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p>Programme d'entretien préventif Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none">· Leadership 9.8

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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
1.5 Des politiques concernant les droits et les responsabilités des usagers sont élaborées et mises en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	
1.6 L'apport des usagers et des familles est obtenu dans le cadre des principaux processus décisionnels de l'organisme.	
4.11 Les progrès réalisés en vue d'atteindre les buts et les objectifs stratégiques de l'organisme sont signalés aux parties prenantes internes et externes et au conseil d'administration, s'il y a lieu.	
6.1 Des plans opérationnels sont élaborés dans le but de réaliser le plan stratégique pour atteindre les buts et les objectifs, ainsi que pour orienter les activités quotidiennes.	!
6.2 Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers et des familles, ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.	
6.3 Les plans opérationnels précisent les ressources, les systèmes et les infrastructures nécessaires pour offrir les services, pour réaliser le plan stratégique et pour atteindre les buts et les objectifs.	

6.6 Des systèmes et des outils de gestion servent à surveiller la mise en place des plans opérationnels et à fournir des rapports à ce sujet.



12.1 Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.



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

Afin d'assurer un bon arrimage avec les orientations stratégiques du CIUSSS du territoire, la planification stratégique 2010-2015 du Centre d'hébergement a été reconduite pour la période 2015-2020. Il n'y a pas de cycle et de processus structuré de planification des opérations. Un mécanisme officiel de suivi de mise en œuvre du plan stratégique et des plans opérationnels reste à être implanté.

Une révision de la structure organisationnelle et du mode de gestion stratégique est en cours. Le passage d'une gestion très centralisée à une gestion décentralisée visant la responsabilisation du personnel d'encadrement dans la gestion opérationnelle de chaque unité ou service constitue un changement majeur au niveau de tous les secteurs de l'organisme, puisque l'ancienne administratrice était en poste depuis plus de 25 ans.

La mission et les valeurs organisationnelles sont transmises par l'intermédiaire des différents guides d'accueil et d'orientation (usagers, employés et bénévoles). L'organisme est invité à afficher à l'intérieur des murs de ces deux installations les valeurs qu'il a convenu de véhiculer.

L'organisme se tient informé des besoins de la communauté et du type de programmes et de services à mettre en place en prenant connaissance de l'information colligée par le CIUSSS du territoire. Le programme et la conception des services répondent ainsi aux besoins cernés. Des liens avec la communauté sont favorisés grâce à l'engagement d'une centaine de bénévoles très actifs au sein de l'organisme.

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)

À ce jour, le processus de planification financière se limite à la direction générale. Dans le cadre de la réorganisation organisationnelle, un exercice est en cours afin de revoir l'ensemble du processus dans le but de responsabiliser le personnel d'encadrement. Des formations et un accompagnement sont planifiés pour guider les cadres dans ce processus de changement.

Au cours des derniers mois, un exercice très rigoureux de gestion des ressources a été nécessaire afin de rétablir l'équilibre financier. Grâce à cet exercice, l'organisme se retrouve, actuellement, dans une bonne situation financière.

Le budget des heures travaillées est suivi de près par la direction financière et un plan triennal d'achat d'équipements et un budget d'immobilisations ont été adoptés par la direction générale.

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	
10.5 Un plan de gestion du personnel talentueux qui comprend des stratégies de développement des compétences et des capacités de leadership au sein de l'organisme est établi.	
10.13 Des entrevues de départ sont proposées aux membres des équipes qui quittent l'organisme et les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Dans le cadre de la réorganisation administrative, un directeur des ressources humaines entrera en poste au cours des prochaines semaines. Le plan de développement des ressources humaines a été adopté il y a plusieurs années. Un plan d'amélioration continue de la qualité (RH) est en cours. Dans ce contexte, l'organisme est invité à préciser ses indicateurs de suivi et ses échéanciers. L'organisme est également invité à en assurer le suivi en présentant l'état d'avancement du plan élaboré et son rapport d'analyse sur une base trimestrielle au comité de direction.

Le personnel rencontré démontre un fort sentiment d'appartenance à l'organisme et un grand engagement envers la qualité des soins et des services. Le personnel est souriant et attentionné, et ce, à tous les égards.




Une attention particulière est apportée à la formation en cours d'emploi. Un registre de présence est rempli pour chaque formation offerte.




Le recrutement et les entrevues d'embauche sont effectués par le personnel d'encadrement du service concerné. Le service des ressources humaines accompagne au besoin les cadres concernés.

Le processus d'appréciation de la contribution reste à consolider. La direction est invitée à assurer le respect des échéanciers fixés. Des activités de reconnaissance ont lieu tout au long de l'année. On souligne de façon particulière les départs à la retraite. La direction est invitée à étudier la possibilité de souligner les années de service (p. ex. 15, 25 ans). Plusieurs employés rencontrés travaillent pour l'organisme depuis plus de 25 ans.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
12.3 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme établit des plans d'atténuation des risques.	
12.5 L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.	
15.1 Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme. <ul style="list-style-type: none"> 15.1.2 Un plan et un processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des usagers cernés. 15.1.3 Le plan comprend la sécurité des usagers sous forme de priorité ou de but stratégique formulé par écrit. 15.1.4 Des ressources sont allouées pour favoriser la mise en oeuvre du plan sur la sécurité des usagers. 	 SECONDAIRE PRINCIPAL SECONDAIRE
15.2 La responsabilité de mettre en oeuvre et de surveiller le plan de sécurité des usagers et de diriger les activités d'amélioration de la sécurité des usagers est confiée à un conseil, à un comité, à un groupe ou à une personne.	
15.4 Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place. * Appelé « incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec. <ul style="list-style-type: none"> 15.4.1 Un mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers est mis au point, examiné et mis à jour avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe; il comprend des processus pour déclarer et analyser les événements, recommander des mesures et assurer le suivi des améliorations. 	 PRINCIPAL

15.4.6	L'information sur les actions recommandées et les améliorations apportées suite aux analyses des événements est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe.	PRINCIPAL
15.4.7	L'efficacité du mécanisme de gestion des événements est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Voici des mécanismes d'évaluation possibles. <ul style="list-style-type: none"> • Recueillir la rétroaction des usagers, familles et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place. • Assurer la surveillance des rapports sur les événements en fonction du type d'événement et de sa gravité. • Examiner si les améliorations sont mises en oeuvre et maintenues. • Déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les événements (p. ex. selon les résultats du Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers). 	SECONDAIRE
15.6	Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en oeuvre pour divulguer aux usagers et aux familles les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux *. * Appelée « Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.	
15.6.2	Le processus de divulgation est examiné et mis à jour, au besoin, une fois par cycle d'agrément, avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe.	SECONDAIRE
15.6.3	Les personnes responsables de diriger et d'appuyer le processus de divulgation reçoivent de la formation sur la divulgation.	PRINCIPAL
15.8	Au moins une analyse prospective liée à la sécurité des usagers a été effectuée au cours de la dernière année et des améliorations appropriées sont ensuite mises en oeuvre.	
15.10	Le conseil d'administration reçoit des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers, qui comprennent les mesures recommandées découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité, de même que les améliorations qui ont été apportées.	
15.10.1	Des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers sont fournis au conseil d'administration.	PRINCIPAL

15.10.2	Les rapports trimestriels sur la sécurité des usagers précisent les activités et les réalisations spécifiques de l'organisme qui viennent appuyer les buts et objectifs en matière de sécurité des usagers.	SECONDAIRE
15.10.3	Le conseil d'administration appuie les activités et les réalisations en matière de sécurité des usagers et accorde un suivi aux recommandations présentées dans les rapports trimestriels sur la sécurité des usagers.	SECONDAIRE
16.1	Un plan intégré d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en oeuvre.	!
16.2	Un processus défini est suivi pour sélectionner et surveiller les processus et les mesures de résultats à l'échelle de l'organisme dans le but d'évaluer le rendement de ce dernier d'un point de vue stratégique.	!
16.5	Des mesures ont été prises en fonction des résultats de l'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur.	!
16.8	Des rapports réguliers sur le rendement de l'organisme sont produits et l'information qui en découle est communiquée au conseil d'administration, s'il y a lieu.	

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

La sécurité fait partie intégrante du processus de planification stratégique. Les orientations stratégiques retenues ciblent clairement la notion de sécurité. Cependant, comme il n'y a pas de plan opérationnel découlant de la planification stratégique, on ne retrouve pas au sein de l'organisme de programme structuré d'amélioration de la qualité ni de plan de sécurité.

Différents plans d'amélioration de la qualité ont été récemment élaborés, mais ces derniers ne sont pas intégrés dans un programme structuré. Pour plusieurs de ces plans, l'organisme est invité à préciser les résultats attendus, l'échéancier et les indicateurs de suivi de gestion.

Les membres des principaux comités stratégiques (comité de gestion des risques, de vigilance et de la qualité et les comités-qualité) se réunissent très rarement. On note cependant que le comité de gestion des risques a repris ses activités en novembre 2016, après trois ans d'inactivité. Le comité s'est réuni à trois reprises depuis. Dans ce contexte, la direction est invitée à assurer la reprise des activités des principaux comités stratégiques lui permettant de voir sur une base trimestrielle l'état d'avancement des différents plans d'amélioration de la qualité mis en place au sein de l'organisme. Cette approche permettra, selon nous, d'assurer le développement d'une « culture de la mesure », gage de succès lors de grands changements organisationnels.

Au niveau de la gestion des événements indésirables, un porteur de dossiers assure le suivi de l'ensemble des déclarations. Même si la majorité des cadres interrogés confirme que tous les accidents sont déclarés, nous invitons les membres du comité de direction à croiser les résultats du Sondage canadien

sur la culture de sécurité des usagers que l'organisme vient de recevoir avec le taux de déclaration des accidents et incidents.

Malgré ce qui précède, nos visites dans les unités de soins et de services, nos échanges avec les différents intervenants, et nos rencontres avec les résidents et leur famille nous ont permis de constater que la sécurité dans l'offre de services demeure une préoccupation quotidienne des intervenants.

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
1.7 Un cadre d'éthique visant à favoriser une pratique respectueuse des règles d'éthique est élaboré ou adopté, et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.8 Le cadre d'éthique définit les processus de gestion des problèmes, des dilemmes et des préoccupations liés à l'éthique.	
1.9 Les personnes responsables du cadre d'éthique et des processus de résolution des problèmes d'éthique sont désignées et font l'objet d'une surveillance.	
1.10 Du soutien est fourni afin de renforcer la capacité du conseil d'administration, du personnel d'encadrement et des équipes à utiliser le cadre d'éthique.	
1.11 Un processus de collecte et d'examen de l'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique est suivi.	
1.12 L'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique est utilisée afin d'améliorer la qualité des services.	
1.13 Le cadre d'éthique englobe un processus pour examiner les répercussions éthiques des activités de recherche menées par l'organisme ou auxquelles il participe.	!

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

Les situations comportant un questionnement éthique sont abordées en équipe interdisciplinaire ou bien sont portées à l'attention de la directrice des soins infirmiers, qui analyse les enjeux avec l'équipe de gestionnaires.

Il n'y a pas d'écrit permettant de documenter le processus décisionnel éthique. L'établissement n'a pas de comité d'éthique en place.

Des activités d'information portant sur l'éthique ont été offertes au personnel par un éthicien il y a plus de deux ans.

Le cadre de référence en matière d'éthique remonte à 2009 et n'a pas été revu depuis.

Un code de conduite du personnel précise les comportements attendus en ce qui concerne le respect des droits du résident.

L'établissement ne fait pas de recherche et ne participe pas à des projets de recherche.

Nous encourageons l'établissement à revoir son cadre en matière d'éthique et à le mettre en œuvre avec l'apport des résidents et des familles. De plus, différentes stratégies auraient avantage à être déployées afin de guider

les intervenants dans la résolution des problèmes d'éthique potentiels pertinents en hébergement (refus de soins, soins de fin de vie, sexualité des personnes âgées, etc.).

Les valeurs organisationnelles auraient avantage à être affichées puisque celles-ci guident les gestes de chacun au quotidien.

Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
11.2 La protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements sur les usagers sont assurées, conformément aux lois applicables.	!
11.3 Les politiques et les procédures à l'appui de la collecte, de la saisie, de l'utilisation, de la transmission et de la conservation de l'information sont mises en oeuvre et régulièrement examinées et mises à jour.	!
11.7 La qualité et l'utilité des données et de l'information de l'organisme sont évaluées régulièrement, et les résultats servent à améliorer les systèmes d'information.	

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

Un plan de communication est en vigueur dans l'organisme. Les rôles et responsabilités y sont bien définis. Ils sont connus des intervenants rencontrés.

La diffusion de l'information est assurée par différentes avenues. « La voix des résidents », journal publié par le comité des résidents et « L'Écho du Cœur » permet d'informer les résidents sur la vie du centre. De son côté, « Le bulletin administratif » s'adresse plus particulièrement au personnel œuvrant au sein de l'organisme. Plusieurs dépliants d'information relatifs aux soins et services offerts sont mis à la disposition des résidents et de leur famille.

L'ensemble des politiques et procédures en vigueur dans l'organisme, ainsi que certains programmes cliniques, n'ont pas été revus depuis 2013. Certaines politiques sont antérieures à 2007.

Les règles de gestion documentaire et de conservation de l'information ne sont pas élaborées. Dans certaines unités, les dossiers médicaux des résidents sont facilement accessibles, et ce, en tout temps. L'organisme est invité à revoir rapidement l'entreposage des dossiers médicaux afin d'en limiter l'accès au personnel soignant.

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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
9.2 Il y a des mécanismes pour obtenir l'apport des usagers et des familles afin de concevoir de nouveaux locaux et de déterminer l'usage optimal qui peut être fait des locaux existants pour favoriser au mieux le confort et le rétablissement.	

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

Au Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes, l'environnement est propre et bien entretenu par une équipe d'hygiène et de salubrité engagée et fière d'œuvrer au sein de l'organisme.

Au Centre d'hébergement d'Assise, on retrouve le même engagement, mais l'établissement occupe des locaux et utilise les équipements (p. ex. bains thérapeutiques) appartenant au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

L'entretien des installations étant sous la responsabilité du CIUSSS, il devient parfois difficile pour l'organisme d'obtenir les autorisations requises visant des améliorations à l'environnement physique. L'organisme est invité à poursuivre ses démarches afin de rendre le milieu plus convivial et sécuritaire, et ce, dans le respect des conditions de santé des résidents admis au Centre d'hébergement d'Assise.

Les résidents et leur famille reçoivent beaucoup d'information relativement aux rénovations et à l'aménagement des locaux de soins et de services. Les résidents ne sont pas sollicités dans la conception et l'utilisation maximale des locaux.

Dans le respect des meilleures pratiques, le service d'entretien et de salubrité a revu l'ensemble des produits utilisés pour le nettoyage et la désinfection. Le choix des nouveaux produits a été effectué en collaboration avec le personnel concerné.

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.

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

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

Un plan des mesures d'urgence (PMU) est en vigueur au sein de l'organisme. Sa mise à jour est en cours et la notion de gestion des sinistres par code de couleur a récemment été introduite au sein de l'organisme.

Au cours des derniers mois, des formations ont été offertes au personnel. Un plan d'information et de formation est élaboré. Un calendrier d'actualisation avec registre des personnes rejointes (informées ou formées) permettent d'en assurer le suivi. Un feuillet d'information sur la gestion des mesures d'urgence est rendu disponible.

Des exercices d'évacuation sont tenus sur une base annuelle même si le service d'incendie de la ville n'est pas présent lors des exercices. Le responsable du PMU n'hésite pas à l'interpeller au besoin.

Lors d'un sinistre, un rapport d'événement est rempli et une analyse est effectuée. Lorsqu'ils sont requis, les correctifs sont apportés rapidement.

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)


Toutes les demandes d'admission proviennent du Comité d'orientation et des admissions (COA). Un processus d'admission est en place dans chaque installation. Les activités d'accueil sont coordonnées pour faciliter

l'intégration du résident et de sa famille au centre d'hébergement. Le délai est de 24 à 48 heures pour accueillir un nouveau résident lorsqu'un lit se libère, ce qui correspond aux attentes ministérielles.

L'établissement est encouragé à poursuivre ses rencontres préparatoires à l'admission auprès du résident et de sa famille en vue d'établir un premier contact et de faire connaître son offre de services.

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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
<p>9.8 Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en oeuvre.</p> <p>9.8.1 Il existe un programme d'entretien préventif pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie.</p> <p>9.8.3 Un processus est en place pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.</p> <p>9.8.4 Un suivi, lequel est consigné, est effectué en ce qui concerne les enquêtes relatives à des incidents et à des problèmes impliquant les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>

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

L'évaluation des besoins en équipement et en appareils médicaux n'est pas encadrée par un processus formalisé. Les demandes d'équipement proviennent habituellement du personnel. L'organisme procède aux achats, selon les priorités et les ressources disponibles.

Un plan triennal pour l'achat des équipements a été implanté au cours de la dernière année. Un programme sur l'entretien préventif des équipements est en cours d'élaboration. L'entretien des équipements est confié à des firmes externes.

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 le gestionnaire ainsi que le personnel de ce secteur pour assurer la sécurité des équipements, ainsi que leur souci du maintien de la propreté des lieux.

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	
21.4 L'information sur les mesures et les améliorations recommandées suivant l'analyse des incidents est communiquée aux usagers, aux familles et aux équipes.	

23.3 Les indicateurs de processus et de résultats pour la gestion des médicaments font l'objet d'un suivi.

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

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

Les services de pharmacie sont dispensés par le CIUSSS de la Capitale-Nationale depuis près de deux ans. Une pharmacienne est présente à raison de dix (10) heures par semaine et une technicienne en pharmacie fait la vérification des réserves, des médicaments au commun, et des médicaments dans les trousseaux d'urgence quatre fois par année.

Les politiques liées à l'administration, l'entreposage, la gestion des ordonnances, la livraison, etc. sont en cours d'élaboration par le service de pharmacie du CIUSSS.

L'organisme a mis en place des mesures de sécurité pour prévenir les accidents. Les médicaments à risque élevé sont identifiés et des règles de sécurité sont en place pour prévenir les accidents. La double vérification, l'affichage de couleur et la diminution des concentrations en sont des exemples.

Des mesures sont prises pour la manipulation et la disposition sécuritaires des médicaments cytotoxiques. Le personnel infirmier a récemment reçu la formation à cet effet.

Les intervenants, les cadres et le médecin rencontrés mentionnent le soutien remarquable de la pharmacienne pour toute question pharmacologique, et ce, en tout temps. Des communiqués émis par le service de pharmacie sont utilisés notamment pour informer des changements dans les façons de faire ainsi que des substitutions de médicaments lors de pénuries.

Le service de pharmacie reçoit une copie des déclarations d'événement qui le concernent, ce qui permet la mise en place de mesures d'amélioration.

La livraison de médicaments se fait quotidiennement. Des contenants scellés utilisés pour le transport en garantissent la sécurité.

Les espaces pour la préparation et l'entreposage des médicaments dans les unités de soins sont propres et bien éclairés. Le personnel respecte les règles d'administration de la médication. Les chariots à médicaments sont verrouillés lorsqu'ils ne sont pas utilisés.

La photo de chaque résident associée au profil pharmaceutique sert d'identifiant pour sécuriser le processus d'administration.

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

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 - Prévention et contrôle des infections

La culture en prévention et contrôle des infections (PCI) est bien intégrée dans les pratiques cliniques et managériales à tous les paliers de l'organisme. Le partenariat établi avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale, l'expertise de la conseillère en prévention et contrôle des infections et l'étroite collaboration avec les intervenants contribuent au maintien des meilleures pratiques en matière de PCI. Il ne fait aucune doute que ces éléments sont un gage de succès pour le maintien et l'amélioration en PCI. L'organisme est invité à continuer ses efforts pour intégrer et adapter la formation PCI selon les compétences requises aux intervenants.

Plusieurs mécanismes de surveillance sont en place dans les services alimentaires, hygiène et salubrité et cliniques (audits, sondages, etc.) et les indicateurs de suivi sont diffusés à l'ensemble du personnel et sont connus de lui. Nous encourageons l'organisme à continuer les activités de diffusion auprès des équipes, des résidents et des familles, ainsi qu'à poursuivre les activités de mobilisation auprès des intervenants, des stagiaires et des bénévoles dans une perspective d'amélioration continue.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les résidents et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des résidents et des familles.	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des résidents et des familles.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des résidents et des familles.	
2.6 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des résidents et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
5.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des résidents et des familles quand cela est approprié.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des résidents et des familles.	!
3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
3.15 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.16 Les représentants des résidents et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	

12.7	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des résidents et des familles.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
7.12	Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
13.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des résidents et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
14.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des résidents et des familles.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
15.1	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
15.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des résidents et des familles, des équipes et des partenaires.	
15.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des résidents et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
15.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des résidents et des familles.	!
15.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des résidents et des familles.	!
16.1	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 et des familles.	!
16.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des résidents et des familles.	!
16.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des résidents et des familles.	!

16.5	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des résidents et des familles.	!
17.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des résidents et des familles.	!
17.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des résidents et des familles.	
17.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
17.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
17.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
17.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des résidents et des familles.	

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

L'équipe connaît bien la clientèle dont elle est responsable. Nous avons rencontré des équipes engagées et soucieuses de répondre aux besoins de la clientèle. Le non-remplacement des employés dans un contexte de pénurie de personnel a été vu comme un irritant important par les employés, qui ont l'impression de ne pas pouvoir offrir une meilleure qualité de services.

L'apport du résident et de sa famille dans la planification, l'organisation ainsi que l'évaluation des services qui lui sont offerts est une pratique absente dans les deux installations. L'organisme est invité à mettre en place des stratégies pour actualiser cette pratique.

Processus prioritaire : Compétences

Un programme d'orientation structuré est offert aux nouvelles embauches. L'organisme est à revoir sa structure de postes ainsi que le rôle et les responsabilités des intervenants en soins infirmiers. Cette démarche est fortement encouragée afin d'optimiser le rôle de chacun et de favoriser le développement des compétences en fonction des champs d'exercice.

Le personnel reçoit de la formation continue selon les approches implantées, comme l'approche milieu de vie, la formation AGIR offertes aux préposés et aux bénéficiaires, et l'examen clinique à l'intention des infirmières.

L'appréciation du rendement des employés est un processus formalisé, mais à qui reste à consolider. La plupart des employés rencontrés n'ont pas été évalués au cours des dernières années.

Processus prioritaire : Épisode de soins

La prise en charge lors de l'accueil est structurée et sécurisante pour le résident et sa famille. Un premier contact est établi avec les intervenants des différentes disciplines dès l'arrivée du résident au centre d'hébergement. Un guide d'accueil descriptif sur la gamme de services offerts est remis au résident et sa famille lors de l'admission.

L'équipe utilise des outils normalisés pour, entre autres, l'évaluation du risque de chutes, des lésions de pression et l'évaluation de la douleur. En suivi, des directives sont inscrites au plan thérapeutique infirmier. On retrouve des consignes à suivre sur le plan de travail des préposés.

L'organisme est soucieux de favoriser un milieu de vie adapté à la clientèle. Les lieux sont aménagés de manière à assurer la sécurité des résidents tout en maintenant un environnement se rapprochant de leur résidence.

Le maintien de l'autonomie des résidents est préconisé et cette orientation est perceptible à travers différentes stratégies, dont la mise en place d'un programme de marche.

Nous invitons l'établissement à revoir l'activité repas. Nous constatons que l'intervalle entre les repas est rapproché et qu'il y a plus de quatorze heures entre le souper et le déjeuner. De plus, les changements apportés pour l'assistance aux repas à la salle à manger créent de l'inquiétude et de l'insatisfaction chez les résidents.

La prestation des soins et des services s'effectue selon une approche interdisciplinaire, dans le cadre de laquelle les intervenants agissent en fonction des objectifs définis dans le plan d'intervention. Les besoins biopsychosociaux des résidents sont pris en compte lors de la première évaluation et les mesures d'accompagnement sont ajustées selon l'état du résident.

Les intervenants ont accès à des ressources professionnelles externes lorsque des situations cliniques complexes surviennent.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le dossier du résident contient l'information sur l'ensemble des services qui lui sont dispensés. Les renseignements qui y sont inscrits quotidiennement et qui sont tenus à jour assurent la continuité des services. Des audits sont mis en place afin d'évaluer la pertinence et la légalité des notes d'observation.

Les lieux physiques du Centre d'hébergement d'Assise présentent des problèmes sur le plan de la confidentialité. L'établissement ne dispose pas d'endroit fermé pour ranger les dossiers des résidents.

Malgré les efforts déployés, ceux-ci sont accessibles aux résidents, aux familles et aux visiteurs.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'établissement ne dispose pas de procédure normalisée pour choisir les données probantes; toutefois, les politiques et les programmes cliniques s'appuient principalement sur la documentation produite par les ordres professionnels ainsi que par les organismes gouvernementaux reconnus.

Les améliorations sont difficilement quantifiables après la réalisation de projets d'amélioration. Les objectifs sont difficilement mesurables et les échéanciers sont imprécis. Il en va de même pour les indicateurs relatifs aux erreurs liées aux médicaments, aux chutes, au nombre de résidents sous contentions ainsi qu'au nombre de résidents présentant une plaie de pression. L'établissement est encouragé à prioriser quelques indicateurs de qualité, à définir des mesures d'amélioration et à mesurer les résultats et à les diffuser auprès des équipes, des résidents et des familles.

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 : version des soins communautaires

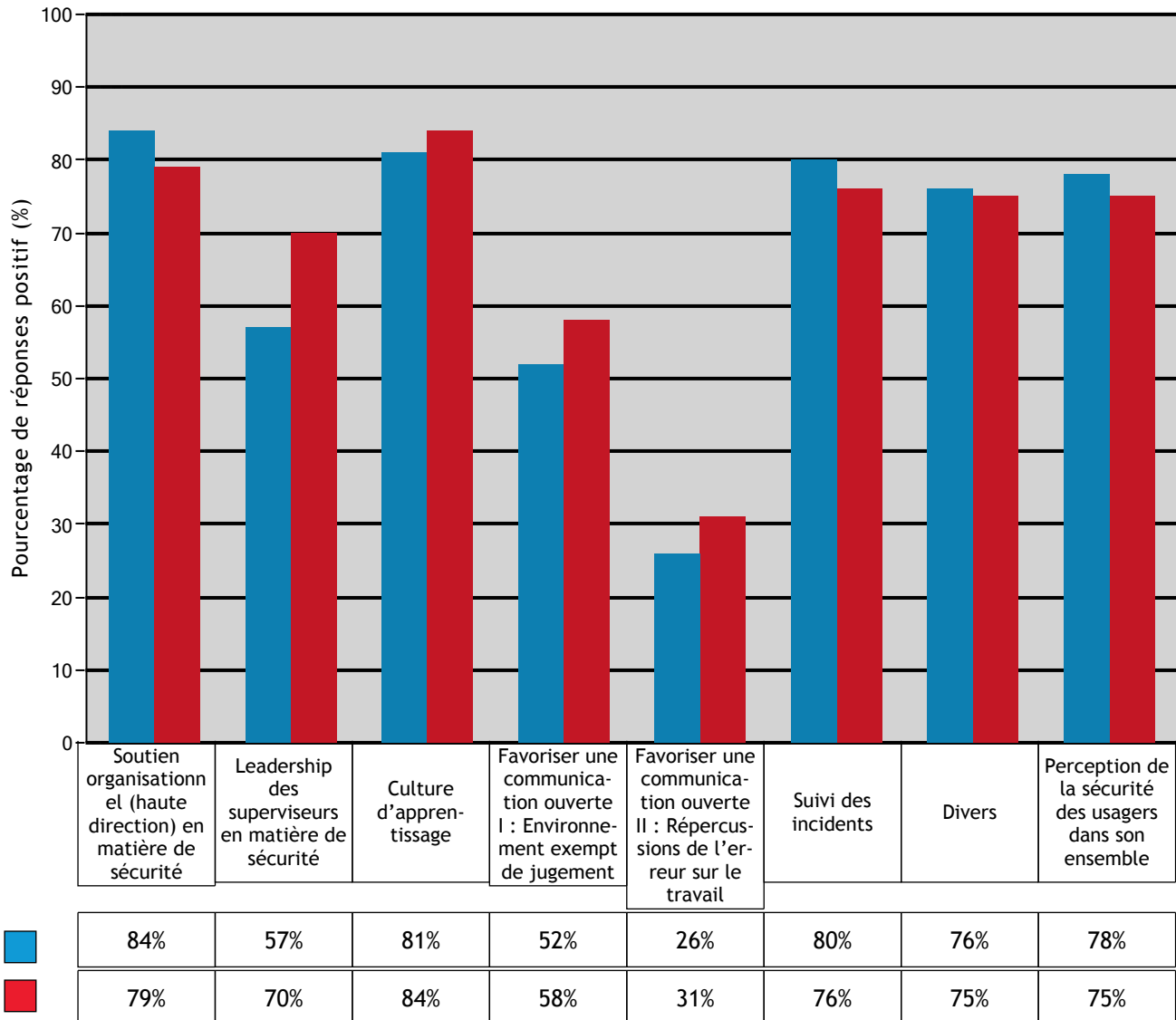
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 29 mars 2016 au 31 octobre 2016**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 179**
- **Nombre de réponses : 254**

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



Légende

- Centre d'hébergement St-Jean-Eudes inc.
- * Moyenne canadienne

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

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

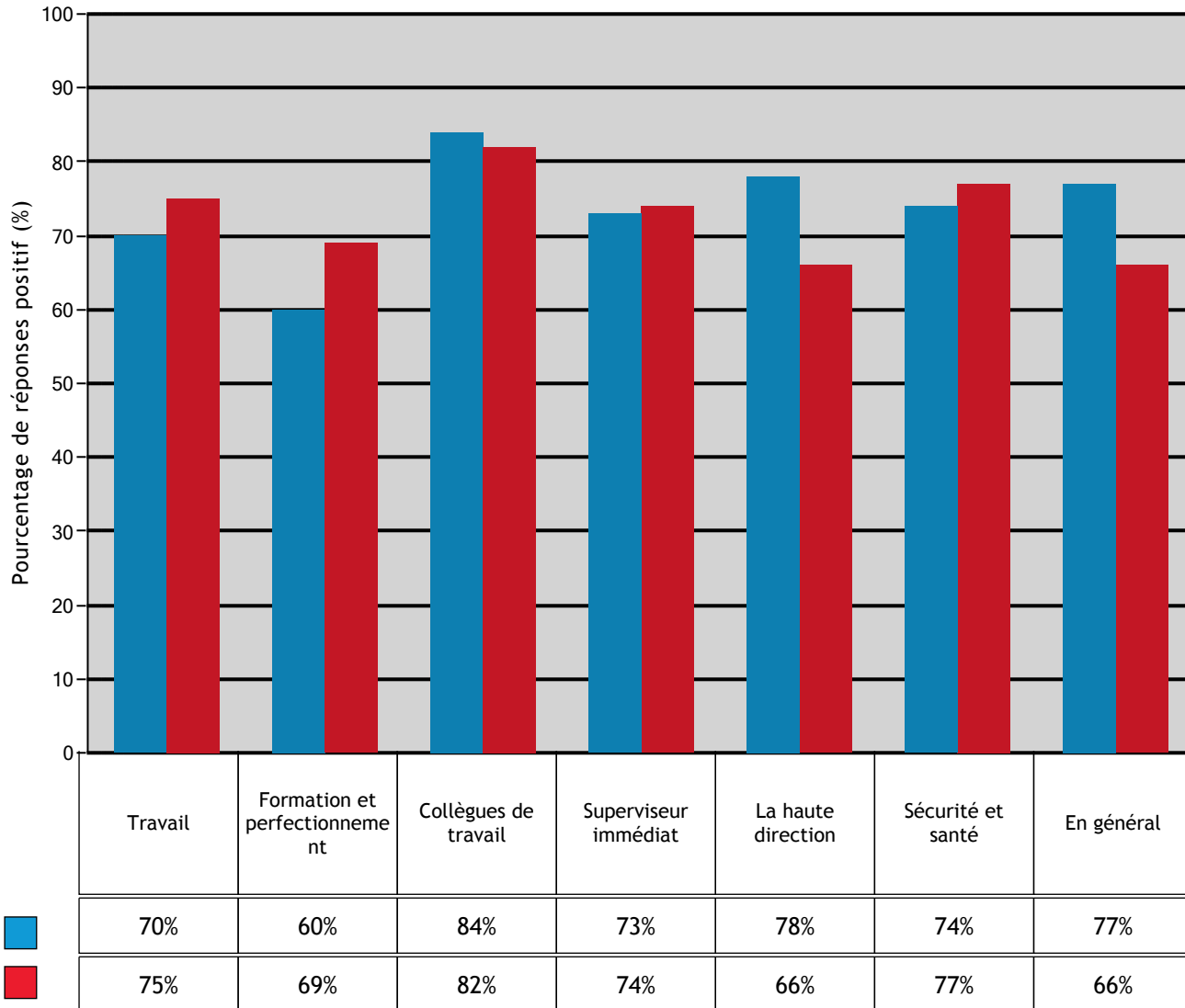
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 : 24 mai 2016 au 28 octobre 2016**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 180**
- **Nombre de réponses : 250**

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



Légende

■ Centre d'hébergement St-Jean-Eudes inc.

■ * Moyenne canadienne

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