



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum^{MD}
Soins de longue durée

Groupe Santé Arbec

Rapport publié : 21/06/2024

Table des matières

À propos d’Agrément Canada	3
À propos du rapport d’agrément	3
Confidentialité	3
Sommaire	5
À propos de l’organisation	5
Aperçu des observations de l’équipe de visiteurs	6
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	7
Soins centrés sur les personnes	8
Aperçu de l’amélioration de la qualité	9
Aperçu du programme	11
Statut d’agrément	12
Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément	12
Pratiques organisationnelles requises	13
Résultats de l’évaluation divisés par chapitre	15
Gouvernance et leadership	15
Modèles de prestation de soins	17
Gestion des situations d’urgence et des catastrophes	18
Prévention et contrôle des infections	19
Gestion des médicaments	21
Expérience de soins des résidents	23

À propos d'Agrément Canada

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

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

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

À propos du rapport d'agrément

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

Dans le cadre de ce programme, l'organisation a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 13/05/2024 à 17/05/2024.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d'évaluations par des pairs ainsi que d'autres données obtenues auprès de l'organisation. Agrément Canada se fie à l'exactitude et à la précision des renseignements fournis par l'organisation pour planifier et mener la visite d'agrément et produire le rapport. Il incombe à l'organisation de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d'agrément.

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'organisation mentionnée dans ce rapport d'agrément, et les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'organisation, et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'organisation peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à publications@healthstandards.org.

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni «tel quel» sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en common law, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité de ces dommages.

Sommaire

À propos de l'organisation

Le Groupe Santé Arbec est une entreprise familiale privée de quatrième génération créée en 1972 qui offre des services aux personnes âgées en perte d'autonomie depuis près de 50 ans. Le groupe se spécialise dans le développement et la gestion d'établissements pour les aînés autonomes, semi-autonomes et en perte d'autonomie importante. Son réseau compte 16 établissements répartis dans les régions de Lanaudière, des Laurentides, de la Montérégie, de l'Estrie et de la Mauricie, près de 1 500 salariés, 362 chambres en ressources intermédiaires (RI), 666 lits en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et 276 unités en résidence pour aînés (RPA). Les 6 CHSLD privés et conventionnés du Groupe Santé Arbec sont: CHSLD Heather (115 lits), CHSLD des Moulins (108 lits), CHSLD Émile McDuff (108 lits), CHSLD Louise-Faubert(112 lits), CHSLD Marguerite-Rocheleau (112 lits) et le CHSLD Michèle-Bohec (111 lits). Un CHSLD est actuellement conventionné et 5 autres sont en processus de l'être.

Une approche humaniste favorisant la participation du résident et de sa famille/proches à la prise de décision s'inscrit dans la philosophie du Groupe Santé Arbec.

Une nouvelle planification stratégique 2024-2029 est en place depuis janvier 2024. On y retrouve les orientations stratégiques organisationnelles, un plan d'action et des moyens de mise en œuvre des dites orientations. Finalement un plan opérationnel 2024-2025 spécifique et mesurable est en place. Les politiques et les procédures sont nombreuses et à jour. Un plan de gestion des risques est aussi en place. Ces outils et réalisations nombreuses témoignent de l'engagement du Groupe Santé Arbec à mettre en place une culture de la qualité et de la sécurité des soins et services.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Une équipe de direction dynamique, motivée et mobilisée est en place. Les visiteurs ont remarqué un grand souci des membres de l'équipe de direction pour assurer des services personnalisés, de qualité et sécuritaires. La direction générale est assurée par le président et chef de direction propriétaire avec l'appui de différents comités conseillers.

Une nouvelle planification stratégique 2024-2029 est en place, élaborée à la suite d'une démarche de diagnostic organisationnel réalisée en 2023. La mission, la vision et les valeurs organisationnelles ont été révisées en profondeur. Un plan d'action et un plan opérationnel accompagnent la planification stratégique. Un plan de gestion des risques des usagers est aussi en place. Les visiteurs ont été à même de constater un grand souci du détail dans l'élaboration et le suivi des différents plans d'action précités ainsi que l'utilisation de cibles, d'objectifs mesurables et opérationnels, d'indicateurs et de suivi de l'état d'avancement des différents moyens contribuant à des mesures d'amélioration de la qualité et de la sécurité des résidents. L'équipe de visiteurs est aussi à même de constater la volonté de l'établissement d'instaurer une culture de la qualité et de la sécurité dans ses murs.

Les installations de l'établissement sont bien tenues, propres et représentatives d'un milieu de vie agréable. L'établissement est encouragé à poursuivre l'amélioration fonctionnelle visuelle de l'environnement physique de ses installations, particulièrement pour le CHSLD Heather (décoration du 4^e étage et travaux de rénovation de l'ancien bâtiment).

Les résidents et leurs familles sont au centre des préoccupations de l'organisation. On peut sentir les soins centrés sur la personne à plusieurs niveaux. Les comités des résidents sont présents, mais actifs à des vitesses variables. Leurs opinions et leurs recommandations sont généralement prises en compte par l'équipe de gestion.

L'établissement propose des services multidisciplinaires. L'équipe multidisciplinaire est diversifiée (médecin, pharmacien, infirmière, infirmière auxiliaire, préposés aux bénéficiaires, accompagnateurs, technicien en réadaptation physique, ergothérapeute, travailleur social, technicien en loisirs, nutritionniste, etc.). Les rencontres interdisciplinaires sont tenues dans les 6 semaines post-admission et révisées annuellement. Des plans thérapeutiques infirmiers (PTI) sont en place avec des directives précises et applicables par les préposés aux bénéficiaires lors des activités de vie quotidienne (AVQ). Nous notons aussi de la formation pour l'ensemble des équipes de soins sur la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) dont les interventions spécifiques sont mises en œuvre sur le terrain sous la supervision de conseillères cliniques.

L'établissement travaille en étroite collaboration avec de nombreux partenaires et plusieurs de ces derniers confirment des liens fructueux. Pour en nommer quelques-uns, citons les CISSS de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie-Centre. Les commissaires locaux aux plaintes régionales des différents CISSS. Les partenaires contactés ont tous manifesté de la satisfaction en regard de leur collaboration avec le Groupe Santé Arbec.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Gouvernance et leadership

Il n'y a pas en soi de conseil d'administration (CA). La gouvernance est exercée par un propriétaire unique qui agit à titre de Président-Directeur général (PDG) du Groupe Santé Arbec. Un comité exécutif (COMEX) restreint exerce les fonctions du CA avec le PDG de qui relève un comité de vigilance et de la qualité (CVQ) et un comité de gestion des risques (CGR). Un comité de direction assure ensuite les volets opérationnels du COMEX. Le COMEX exerce les fonctions reliées à la qualité, la gestion des risques, l'allocation des ressources, les objectifs et les indicateurs.

Une nouvelle planification stratégique 2024-2029 est en place depuis janvier 2024. On y retrouve bien entendu les orientations, mais aussi un plan d'action et des moyens de mise en œuvre. Finalement, un plan opérationnel 2024-2025 comprenant pour chaque objectif stratégique des moyens, des échéanciers et suivi des résultats est en place. L'établissement est encouragé à bonifier son plan d'action opérationnel avec des échéanciers pour les actions à mettre en œuvre (certains sont inscrits « à venir »), les résultats attendus/avancement (non inscrit pour plusieurs moyens) ainsi qu'en y ajoutant les personnes responsables et collaborateurs. L'équipe de visiteurs est à même de constater que cette planification stratégique est ambitieuse, concrète, détaillée, opérationnelle et mesurable et témoigne du souci évident de l'organisation à répondre aux exigences de soins et services en CHSLD de qualité et sécuritaires.

Prévention et contrôle des infections

Le programme de prévention des infections est une réalisation issue d'une collaboration étroite entre la direction des soins infirmiers et des services d'hôtellerie. Ce travail conjoint représente une réelle volonté d'unir les efforts de tous les acteurs qui œuvrent auprès des résidents. Le programme guide la réalisation d'audit, l'analyse des résultats, la diffusion aux équipes et l'élaboration de plan d'action local pour chacune des installations. Le défi demeure d'assurer une pérennisation du programme en assurant une continuité annuelle de la réalisation des audits.

Gestion des médicaments

Le programme de gestion des médicaments est une réalisation issue de la grande collaboration entre le groupe de pharmacie Cardinal et les équipes de soins des différents centres. Le comité pharmaco-nursing ayant à cœur l'adoption des meilleurs standards et visant l'excellence a permis d'assurer l'uniformisation de la façon d'utiliser les médicaments dans l'ensemble de l'organisme, un accès facile aux politiques et procédures en lien avec la gestion des médicaments avec une mise à jour régulière dans le but d'offrir une prestation de soins sécuritaire. Le comité travaille pour un déploiement du logiciel Gustav très bientôt. La non-disponibilité des pompes de perfusion et l'absence de l'offre pour le traitement IV devraient être reconsidérées afin d'éviter les transferts aux hôpitaux lorsque cela est possible et désengorger les urgences.

Expérience de soins des résidents

1- Former une équipe compétente

Les employés ont accès à des formations. La lutte à la maltraitance, la gestion des troubles de comportements et les déplacements sécuritaires sont des thèmes couverts par le plan de formation. Les mesures de contention ont fait l'objet d'une attention particulière. En effet, l'ensemble des employés ont été formés dans les derniers mois à la suite de la mise à jour du programme, des protocoles, des outils cliniques et des équipements. La diminution du recours aux mesures de contention est notable. Nous recommandons à l'organisme de développer une offre de formation sur le respect de l'héritage culturel, les croyances religieuses et les besoins diversifiés en matière de soins.

2- Prestation des soins centrés sur les personnes

Le processus d'admission est structuré et organisé. Un sondage harmonisé est réalisé auprès du résident et ses proches sept jours après l'admission afin de bien accompagner le résident et ses proches dans son nouveau milieu de vie. Les résultats sont comptabilisés et analysés afin de dégager des pistes d'amélioration pour chacun des centres. L'implication des familles est omniprésente dans la prestation de soins. Plusieurs outils d'information sont mis à la disposition des familles et celles-ci sont conviées lors de l'élaboration des plans d'intervention. L'élaboration des plans d'interventions individualisés (PII) fait partie intégrante du processus clinique, toutefois nous recommandons fortement que l'organisme modernise l'outil PII afin qu'il soit davantage adapté à la réalité des résidents.

3- Fournir des services sécuritaires et efficaces

La mise en place d'un tableau de bord d'indicateurs cliniques permet aux instances concernées de réagir au moment opportun dans la gestion des risques. La mise en place d'un processus trimestriel qui consiste à revoir les besoins des usagers en matière de qualité et sécurité, et ce sur les trois quarts de travail est une pratique porteuse. Nous soulignons les efforts déployés pour effectuer la révision des programmes cliniques selon les données probantes et les meilleures pratiques. Une planification annuelle de l'ensemble des formations est nécessaire afin d'assurer la pérennisation de l'application des programmes, protocoles et procédures.

Gestion des situations d'urgences et catastrophes

Les différents centres sont dotés d'un plan qui précise les différentes mesures à prendre pour faire face aux situations d'urgences et catastrophes. Le plan détaille tous les dangers cernés par l'organisation, l'évaluation du risque ainsi que l'impact appréhendé sur les activités et est mis à jour régulièrement. L'organisation assure la formation avec des exercices pratiques au personnel, travaille en collaboration avec les différents partenaires et a mis en place des plans de contingence et de déplacements, afin d'assurer une réponse coordonnée et efficace en cas de situation d'urgence.

Soins centrés sur les personnes

Aperçu de l'amélioration de la qualité

Une équipe de direction dynamique, motivée et mobilisée est en place. Les visiteurs ont remarqué un grand souci des membres de l'équipe pour assurer des services personnalisés, de qualité et sécuritaires. Le Groupe Santé Arbec est doté d'une solide structure de gestion, dont notamment une direction responsable de l'amélioration continue de la qualité (qualité, éthique, gestion des risques, conseillère cadre en soins infirmiers, 3 conseillères cliniques) ainsi qu'un gestionnaire de site par installation de CHSLD. Les visiteurs ont aussi remarqué la grande disponibilité et la flexibilité des membres de l'équipe de gestion à travailler en collaboration et en partenariat afin d'offrir des services adaptés aux besoins des usagers.

La mission du Groupe Santé Arbec repose sur des valeurs visant à offrir aux personnes en perte d'autonomie un chez-soi chaleureux, innovant et sécuritaire, tout en valorisant leur épanouissement et leur autonomie dans une approche personnalisée et évolutive, par l'engagement et le dévouement des employés.

Une nouvelle planification stratégique 2024-2029 est en place depuis janvier 2024. C'est une révision en profondeur de la planification précédente. Elle est le résultat d'un diagnostic organisationnel réalisé en 2023. La planification stratégique a pour objectif de réviser et de consolider les bases stratégiques de l'entreprise (volet CHSLD) et de définir la mission, la vision et les valeurs de l'entreprise, d'identifier les principaux enjeux et défis, de même que les priorités stratégiques et opérationnelles. On y retrouve bien entendu les orientations, mais aussi un plan d'action et des moyens de mise en œuvre. La mission révisée est « Offrir aux personnes en perte d'autonomie un chez-soi chaleureux, innovant et sécuritaire, tout en valorisant leur épanouissement et leur autonomie, dans une approche personnalisée et évolutive, par l'engagement et le dévouement des employés ». La vision révisée est « Des aînés heureux : une équipe engagée à humaniser la vie de nos résidents ». Les valeurs révisées du Groupe Santé Arbec sont : Bienveillance, Transparence, Créativité et Excellence. Les 3 grandes orientations stratégiques 2024-2029 sont : « Une vision commune » (équipe engagée et bienveillante), « Le résident au cœur de nos actions » (amélioration continue centrée sur le bien-être des résidents), « Soutien de notre personnel » (mobilisation, collaboration et expertise des employés). Trois grands objectifs sont visés dans la transformation organisationnelle: la démarche de conventionnement des CHSLD, l'amélioration de la qualité des services et la transformation des systèmes d'information. On y retrouve différents chantiers d'action dont par exemple : développer une approche résident-partenaire et de mesurer de la satisfaction de ceux-ci, soutenir le fonctionnement des comités de résidents, développer les politiques et procédures requises en CHSLD, mettre en place un programme de formation clinique et administratif adapté, développer l'offre de service globale, rehausser la qualité et la sécurité des soins pour nos résidents et finalement améliorer l'expérience employé sous divers volets. Finalement, un plan opérationnel 2024-2025 comprenant pour chaque objectif stratégique des moyens, des échéanciers et suivi des résultats est en place.

L'équipe de visiteurs est à même de constater que cette planification stratégique est ambitieuse, concrète, détaillée, opérationnelle et mesurable et témoigne du souci évident de l'organisation à répondre aux exigences de soins et services en CHSLD de qualité et sécuritaires.

Les soins centrés sur l'utilisateur sont au centre des préoccupations de l'établissement et les visiteurs ont constaté que l'utilisateur est impliqué comme partenaire dans différents projets locaux, dont les comités des résidents des différents CHSLD. La planification stratégique 2024-2029 et son plan opérationnel 2024-2025 relèvent de la volonté du groupe Santé Arbec de développer l'approche du résident-partenaire, la mesure de satisfaction des résidents, de soutenir le développement des comités des résidents et aussi de développer l'implication des proches aidants dans le quotidien des résidents. Cependant, l'établissement est aussi encouragé à standardiser et à uniformiser l'implication des usagers comme partenaire et contributeur à l'amélioration continue de la qualité partout dans l'organisme, tant dans la conception des services, l'amélioration de la qualité et la gestion de risques que l'établissement des buts et objectifs. L'utilisateur est un atout important pour identifier les besoins et les moyens les plus efficaces pour rendre des services adaptés aux besoins de la population.

L'établissement met en place plusieurs moyens pour obtenir les avis et commentaires des résidents, notamment par les comités des résidents, des comités de dégustation, des sondages (satisfaction de la clientèle, satisfaction des repas, satisfaction des soins de fin de vie, sondage milieu de vie et plusieurs autres).

L'établissement est soucieux d'optimiser la qualité des soins et la gestion des risques ainsi, trois conseillères en soins, une coordonnatrice volet gestion des risques et du milieu de vie ainsi qu'une conseillère à la qualité et à l'éthique sont en poste. Ils assurent entre autres le développement et l'encadrement des pratiques professionnelles, une vigie des indicateurs de soins et le coaching clinique.

L'établissement vise le développement d'une culture de mesure de la qualité par la mise en place des tableaux d'indicateurs cliniques révisés, des indicateurs de milieu de vie, des indicateurs de qualité et de suivi des différents plans d'actions et d'amélioration.

Depuis 2022-2023, des comités locaux d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques dans les six CHSLD se rencontrent quatre fois par an. Des plans d'amélioration de la qualité sont en place pour chacun des CHSLD et le suivi de chacun est en cours pour 2024 incluant un tableau de bord indiquant l'état d'avancement des travaux en %. Les plans contiennent des cibles d'améliorations pertinentes aux soins en CHSLD (par exemple réduction des mesures de contrôles, réduction des infections urinaires, application de l'approche adaptée et gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence-SCPD, gestion de la douleur, réduction des plaies de pressions et plusieurs autres cibles), le suivi des plaintes (incluant le déploiement des mesures correctives dans l'ensemble de l'établissement, lorsqu'applicable) et le suivi des recommandations à la suite des visites ministérielles sur la qualité du milieu de vie. L'équipe de visiteurs souligne le détail et la précision de ces plans d'action personnalisés pour chacun des CHSLD. Cependant, l'établissement est encouragé à élaborer le plan d'amélioration pour le CHSLD Marguerite-Rocheleau. L'établissement est aussi invité à compléter les plans de trois CHSLD pour le volet de gestion des risques (CHSLD McDuff, Des Moulins et Heather).

La planification stratégique 2024-2029 identifie la sécurité comme une priorité et un objectif stratégique (Obj. 2.2 Rehausser la qualité des soins pour nos résidents). Un plan de sécurité des usagers 2023 à 2025 de l'établissement est en cours. Le plan comprend des thèmes pertinents à la sécurité des usagers (prévention des infections-éclosions, hygiène des mains-vaccination des usagers), le déploiement de la culture de sécurité (sondage), les accidents et incidents (déclaration et divulgation), la prévention de chutes (prévention et diminution des blessures), les médicaments (réduction des erreurs), les plaies de pressions (prévention et diminution), les mesures de contrôles (diminution), le plan des mesures d'urgence (codes, exercices et formation), la dysphagie (prévention et intervention) et la prévention de la maltraitance. Le plan comprend des cibles à atteindre (%), des échéanciers et des actions réalisées. L'établissement est encouragé à poursuivre la documentation du plan en complétant l'état de suivi de réalisation des différentes actions et l'atteinte des objectifs. L'établissement est aussi invité à poursuivre le développement du plan de sécurité pour toutes les catégories de risque (environnement, risques chimiques et biologiques, incendies, etc.).

En 2022-2023, une révision de la politique relative aux déclarations d'incidents et d'accidents ainsi que la procédure de gestion des événements sentinelles a été effectuée.

Aperçu du programme

Le programme Qmentum^{MD}-- Soins de longue durée, adapté à l'aide du programme Qmentum^{MD} d'Agrément Canada, a été personnalisé pour répondre aux besoins en matière de soins et aux valeurs fondamentales des établissements de soins de longue durée. Le but étant de guider l'amélioration continue de la qualité, le programme s'appuie sur les principes de soins centrés sur la personne. Il a été conçu conjointement à partir des idées et des conseils d'un groupe diversifié de parties prenantes du domaine des soins de longue durée.

Le Programme Qmentum^{MD}-- Soins de longue durée est un programme d'agrément qui oriente et soutient l'organisation dans sa trajectoire d'amélioration continue de la qualité visant à offrir des soins sécuritaires, fiables et de haute qualité à ses résidents. Les principaux volets du programme sont notamment le cycle d'agrément continu, l'outil d'évaluation mis à jour divisé en chapitres, quatre méthodes d'évaluation complètes, deux sondages ¹ (le Sondage sur le fonctionnement de la gouvernance et le Sondage mené auprès de la main-d'œuvre sur le bien-être, la qualité et la sécurité) et une plateforme numérique en nuage sécurisée qui servira à la réalisation de ces activités.

¹ Le présent rapport ne comprend pas les résultats des sondages et les commentaires connexes.

Le cycle d'agrément continu comprend quatre phases, au cours desquelles les activités d'agrément sont échelonnées sur quatre ans. Chaque phase comprend des méthodes d'évaluation et des sondages précis qu'il faut appliquer pour passer à la phase suivante. Au fur et à mesure que l'organisation progresse dans chaque phase du cycle, il faut préparer et mettre à jour un Plan d'action d'amélioration continue de la qualité (PAACQ) pour cerner les pistes d'amélioration de façon constante. L'objectif du PAACQ consiste à étudier les résultats des méthodes d'évaluation et des sondages et à prendre des mesures en conséquence, et ce, sur une base continue. Cela permet de cerner les points à améliorer et d'y remédier et de promouvoir la trajectoire d'amélioration continue de la qualité de l'organisation.

L'outil d'évaluation à l'appui de toutes les méthodes d'évaluation (autoévaluation, évaluation virtuelle, attestation et visite sur place), de même que les résultats présentés dans ce rapport, est divisé en chapitres thématiques, comme indiqué ci-dessous. Le rapport comprend un résumé complet des observations des visiteurs, le statut d'agrément accordé à l'organisation, les installations visitées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des processus prioritaires.

Chapitre 1 : Gouvernance et leadership

Chapitre 2 : Modèles de prestation de soins

Chapitre 3 : Gestion des situations d'urgence et des catastrophes

Chapitre 4 : Prévention et contrôle des infections

Chapitre 5 : Gestion des médicaments

Chapitre 6 : Expérience de soins des résidents

Statut d'agrément

Le statut d'agrément de Groupe Santé Arbec est :

Agréé avec mention d'honneur

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

Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément

Cette organisation exerce ses activités dans 6 installations différentes. Des évaluations virtuelles ² et des attestations ³ seront effectuées à toutes les installations de l'organisation, le cas échéant.

² Une évaluation virtuelle peut ne pas être nécessaire en fonction du calendrier de transition et des progrès réalisés dans le cycle d'agrément de l'organisation.

³ Une évaluation de l'attestation peut ne pas être nécessaire en fonction du calendrier de transition et des progrès réalisés dans le cycle d'agrément actuel de l'organisation.

Le tableau suivant présente un résumé des installations ⁴ évaluées lors la visite sur place de l'organisation.

⁴ L'échantillonnage de l'établissement a été exécuté sur les organisations à sites multiples et service unique, ainsi que les organisations à établissements multiples et services multiples.

Tableau 1. Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Sur place
Centre d'hébergement de soins longue durée Émile Mc Duff	✓
Centre d'hébergement de soins longue durée Heather	✓
Centre d'hébergement de soins longue durée Louise Faubert	✓
Centre d'hébergement de soins longue durée Marguerite-Rocheleau	✓
Centre d'hébergement de soins longue durée Michèle-Bohec	✓
Centre d'hébergement et de soins longue durée des Moulins	✓

Pratiques organisationnelles requises

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été établies comme essentielles à instaurer par l'organisation pour améliorer la sécurité des usagers et pour réduire les risques au minimum. Les POR contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité. Les directives du Comité d'approbation du statut d'agrément (CASA) imposent l'atteinte de 80 % et plus des critères associés aux tests de conformité des POR.

Tableau 2. Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'organisation

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gouvernance et leadership	Responsabilité liée à la qualité des soins	6 / 6	100.0%
Gouvernance et leadership	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.0%
Gouvernance et leadership	Plan de sécurité des usagers	4 / 4	100.0%
Gouvernance et leadership	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.0%
Gouvernance et leadership	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.0%
Gouvernance et leadership	Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	3 / 3	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Taux d'infection	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Médicaments de niveau d'alerte élevé	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Sécurité liée à l'héparine	4 / 4	100.0%

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gestion des médicaments	Sécurité liée aux narcotiques	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	4 / 4	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des chutes et réduction des blessures	6 / 6	100.0%
Expérience de soins des résidents	Soins de la peau et des plaies	8 / 8	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des plaies de pression	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention du suicide	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Identification des usagers	1 / 1	100.0%
Expérience de soins des résidents	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Sécurité liée aux pompes à perfusion	0 / 0	0.0%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Gouvernance et leadership

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

Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 3 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Il n'y a pas à proprement dit un conseil d'administration dans l'établissement. Ces responsabilités sont remplies par un propriétaire unique (entreprise familiale privée) qui exerce les fonctions de président-directeur général en collaboration avec différents comités conseillers.

Une planification stratégique 2024-2029 est en place depuis janvier 2024. On y retrouve les orientations stratégiques organisationnelles, un plan d'action et des moyens de mise en œuvre desdites orientations. Finalement, un plan opérationnel 2024-2025 spécifique et mesurable avec de nombreux indicateurs est en place. Les buts et objectifs contribuent activement à orienter les activités quotidiennes.

Les soins centrés sur la personne sont au cœur des services et des décisions de l'établissement. L'avis des résidents est important pour la gouvernance et plusieurs activités sont organisées afin de connaître leurs idées et leurs réflexions. Pour soutenir cette vision, on retrouve dans la planification stratégique 2024-2029 (objectif 1.3) un objectif sur le résident au centre des réflexions (développer une approche de résident partenaire). On retrouve aussi dans le plan opérationnel 2024-2025 le souhait de développer d'ici mars 2025 une approche de résident-partenaire qui prévoit le partage des savoirs respectifs entre ce dernier, ses proches et les acteurs du milieu, inspire les priorités organisationnelles (objectif 1.3.4). L'établissement est encouragé à poursuivre ces objectifs.

Le rehaussement de la qualité des soins pour les résidents est une priorité organisationnelle. L'objectif 1.1 de la planification stratégique 2024-2025 précise l'intention de l'établissement de développer davantage la culture de mesure. L'objectif 2.2 de cette même planification précise le besoin de réviser les plans d'amélioration de la qualité pour chacun des six CHSLD et de suivre les indicateurs de qualité reliés aux plans d'amélioration. Ces plans d'amélioration de la qualité sont en place pour chacun des CHSLD et comprennent un tableau de bord de suivi en continu avec des indicateurs mesurables et un état détaillé d'avancement des mesures d'amélioration. L'établissement est encouragé à poursuivre ces activités d'amélioration de la qualité et de la sécurité des résidents.

Un plan de sécurité des usagers 2023 à 2025 de l'établissement est en cours. Le plan comprend des thèmes pertinents à la sécurité des usagers, le déploiement de la culture de sécurité, les accidents et incidents, la prévention de chutes, les médicaments, les plaies de pressions, les mesures de contrôles, le plan des mesures d'urgence, la dysphagie et la prévention de la maltraitance. Le plan comprend des cibles à atteindre mesurables, des échéanciers et des actions réalisées. L'établissement est encouragé à poursuivre la documentation du plan en complétant l'état de suivi de réalisation des différentes actions et l'atteinte des objectifs.

Un comité de Santé et sécurité au travail (SST) est nouvellement en place depuis mai 2024. Son mandat est de favoriser la participation des travailleurs à la prise en charge de la Santé et de la sécurité du travail, d'identifier et d'analyser les risques et de maintenir la communication entre les travailleurs et les représentants de l'employeur ainsi que de respecter les obligations légales. Des ordres du jour et procès-verbaux sont tenus. Un mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des résidents est en place.

Les politiques et procédures concernant la déclaration et la divulgation des événements sont en place. Les événements sont déclarés, analysés et des améliorations sont apportées s'il y a lieu. Un comité de vigilance et de qualité est impliqué dans le suivi de la gestion des risques. Les mécanismes de divulgation des événements indésirables sont fonctionnels.

Un plan de communication est en place depuis 2015. Plusieurs moyens de communication sont utilisés pour rejoindre les familles et les résidents de même que la communauté liée aux différents CHSLD, comme : dépliants, guide d'accueil des résidents, dépliant sur les plaintes, infolettres, rencontre annuelle des familles, rencontres interdisciplinaires avec les familles, affichage divers, sondages (sur les services reçus à l'admission, en soins de fin de vie, services alimentaires, coiffure, sur l'expérience client), réseaux sociaux, appels téléphoniques, envois par courriel, mises à jour des sites Web et les pages Facebook ont été les façons de rejoindre la clientèle et leur famille, de même que la communauté.

Un code d'éthique et de conduite est adopté par le Groupe Santé Arbec. On y retrouve des engagements mutuels (établissement et l'utilisateur/proches) pour permettre le droit au respect et la dignité, le droit à un climat de confiance, le droit à des services de qualité, le droit à l'information et la confidentialité, le droit à l'autonomie et à la participation, le droit de recours et de porter plainte et finalement le droit aux soins de fin de vie. Une politique-cadre en matière d'éthique est aussi en place depuis 2022. La politique est mise à jour en fonction des nouvelles valeurs organisationnelles de la planification stratégique 2024-2029. Elle est élaborée à partir de la mission, la vision et les valeurs de l'établissement et guide tous les intervenants et partenaires dans les pratiques et conduites attendues pour que le résident soit assuré d'être traité avec respect, dignité et humanité. On y précise que la création d'un comité d'éthique clinique ad hoc sera effectuée lorsqu'une situation se présentera sous la coordination de la conseillère cadre à la qualité et à l'éthique. Une procédure d'analyse d'un dilemme éthique est incluse dans la politique ainsi qu'un outil d'aide à la prise de décision. De plus, le code d'éthique est affiché partout.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Modèles de prestation de soins

Le chapitre 2 porte sur l'évaluation de modèles de prestation de soins sécuritaires et fiables qui répondent aux besoins des établissements de soins de longue durée et reposent sur la mise en œuvre efficace, à l'échelle de l'équipe, du modèle de prestation de services de l'organisation et des politiques et pratiques qui la soutiennent. Les éléments communs de l'excellence dans la prestation de services comprennent un solide leadership d'équipe, des équipes compétentes et collaboratives, des systèmes de renseignements actualisés et des services de télésanté. Ces éléments appuient la prestation de services et les décisions, une évaluation et un suivi réguliers des processus et des résultats et une culture générale de sécurité et d'amélioration continue de la qualité.

Évaluation du chapitre: 94.4% des critères sont conformes

5.6% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 4 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Des profils de poste définissant les rôles et responsabilités et les champs de compétences sont en place. On y retrouve des éléments de responsabilité relatifs à la qualité et la sécurité des services. Un processus de vérification des qualifications des employés est aussi en place (permis de pratique professionnelle). L'évaluation de la contribution des employés est réalisée. Plusieurs employés ont manifesté leur satisfaction face au processus. Bien qu'à des vitesses variables, l'établissement est invité à poursuivre cette activité. Des activités de reconnaissance sont planifiées et tenues. L'établissement utilise des lignes directrices éclairées par des données probantes pour ses services, mais est encouragé à établir une procédure normalisée pour en faire le choix (comité de sélection des lignes directrices, ressources externes, associations reconnues, guides de sélection de lignes directrices, par exemple, l'outil GRADE). Le dossier de l'utilisateur est complet et à jour et des audits de dossier sont réalisés.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.15	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	Priorité élevée

Gestion des situations d'urgence et des catastrophes

Le chapitre 3 porte sur l'évaluation de la planification et de la gestion des situations d'urgence, des catastrophes et des épidémies pour les établissements de soins de longue durée. Une urgence est une situation actuelle ou imminente constituant un danger d'une importance majeure et pouvant causer des préjudices sérieux à des personnes ou des dommages matériels importants. Elle peut découler de forces de la nature, d'une maladie (y compris les épidémies) ou d'autres risques à la santé, d'un accident, d'un acte intentionnel ou autre. Les thèmes abordés dans ce chapitre comprennent la mise à jour des plans de préparation aux catastrophes, aux situations d'urgence et aux épidémies, la formation appropriée offerte à la main-d'œuvre et aux résidents, l'engagement avec les partenaires communautaires et les plans de communication (internes et externes). L'évaluation des critères de gestion des situations d'urgence et des catastrophes s'applique à l'organisation, y compris à sa direction, à sa main-d'œuvre et à ses équipes de soins de soutien, et inclut les résidents, les proches ou les proches aidants.

Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 5 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Le plan mis en place détaille les mesures à prendre ainsi que le rôle et les responsabilités des membres de l'établissement et des partenaires externes pour répondre aux différents dangers cernés par l'organisation avec une évaluation de risque et mesure de l'impact appréhendé de l'évènement. Des politiques et procédures d'évacuation mises à jour sont établies et accompagnées d'exercices d'évacuation organisés dans les différents centres avec la collaboration des partenaires externes pour évaluer l'efficacité de la planification et apporter des améliorations le cas échéant dans le but d'assurer la bonne prise en charge des usagers en cas de situation d'urgence. Les plans de contingence ainsi que les politiques et procédures de déplacement des résidents, du personnel et de l'équipement sont prévus pour assurer une prestation de soins sécuritaire.

Malheureusement, l'organisme ne dispose pas du service de télésanté qui permettrait de donner l'accès aux soins à distance.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Prévention et contrôle des infections

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

Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

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

Résultats de l'évaluation :

Le programme de prévention des infections est élaboré et inclut tous les outils nécessaires. Un comité stratégique de la prévention des infections permet une vigie sur l'ensemble des CHSLD. La structure de communication en place assure une transmission des informations. L'organisme s'appuie sur les données probantes et des lignes directrices dans l'élaboration des politiques et des procédures.

Le programme de PCI, les politiques et les procédures sont bien intégrés auprès des équipes de soins. Les documents sont disponibles et faciles d'accès. Des mécanismes de suivi par l'équipe de soins sont en place et assure une vigie quotidienne. La chaîne de communication lors d'éclosion est connue et efficace. Les conseillères en soins demeurent en soutien des équipes de soins tout au long du processus d'éclosion. Les indicateurs de la prévention des infections se retrouvent dans le tableau d'indicateurs.

L'organisme établit des partenariats avec les CISSS et la santé publique dans le suivi des éclosions. Les trajectoires de communication sont fluides et efficaces.

Nous soulignons la pratique collaborative exemplaire dans l'élaboration du programme de prévention des infections entre la direction des soins et la direction hygiène et salubrité. Une approche coordonnée et intégrée positionne les rôles et responsabilités dans la prévention des infections de tous les acteurs qui œuvrent auprès de la clientèle. Le programme dédié au personnel d'hygiène et salubrité inclut des outils imagés et concrets facilitant ainsi sa compréhension et son application par l'ensemble du personnel.

L'organisme met à la disposition du personnel, des familles et des bénévoles des formations en prévention des infections. Nous soulignons la disponibilité de capsules de formation sur le site internet de l'organisme accessible aux familles et aux bénévoles.

L'organisme a mis en place la réalisation d'audits d'hygiène des mains auprès du personnel. L'analyse des résultats facilite l'identification de pistes d'amélioration pour chacun des CHSLD. Les résultats sont diffusés aux équipes leur permettant ainsi de mettre les actions en place en vue de s'améliorer.

Nous constatons que l'organisme a déployé des efforts considérables afin de se doter de moyens de communication variés pour rejoindre leur personnel. L'info qualité et les fiches abeilles en sont de bons exemples. Les familles reçoivent rapidement l'information lors d'éclosion en leur proposant de consulter

les capsules de formation disponibles sur le site internet de l'organisme.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Gestion des médicaments

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

Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 7 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La supervision de la gestion des médicaments est assurée par le comité pharmaco-nursing avec une implication remarquable de la pharmacie Cardinal. Leur collaboration a mené à la mise en place de politiques et procédures accessibles et mises à jour régulièrement pour assurer que les médicaments sont utilisés de façon uniforme dans l'ensemble de l'organisme. Cette prestation sécuritaire en matière de gestion des médicaments est possible grâce aux différentes mesures mises en place, à savoir :

- La liste des abréviations à proscrire ;
- La stratégie complète de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé recensés par l'organisme, accompagnée d'une politique mise à jour qui précise le rôle et la responsabilité de chaque intervenant. Le tout, soutenu par des procédures en ce qui a trait à l'entreposage, l'ordonnance, la préparation, l'administration, la délivrance et la consignation de chaque médicament de niveau d'alerte élevé, le cas échéant.
- La formation continue au personnel sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé est offerte à tout le personnel impliqué dans le processus ;
- Le bilan comparatif des médicaments ;
- La gestion des médicaments lors des rappels officiels ;
- La gestion de l'inventaire des médicaments entreposés ;
- La non-utilisation de l'héparine à doses élevées et de l'héparine IV ;
- La non-utilisation des doses élevées de narcotiques (mesure spéciale en cas de besoin) ;
- La procédure de gestion des médicaments apportés par les résidents ;
- La politique et procédure de gestion sécuritaire de l'autoadministration des médicaments par les résidents ;
- L'utilisation obligatoire de la règle « 5B » avant l'administration des médicaments, la contre-vérification indépendante des médicaments de niveau d'alerte élevé désignés par l'organisme ;
- L'accès contrôlé à une armoire de nuit pour la réserve des médicaments avec contrôle d'inventaire ;
- La procédure pour la gestion des médicaments dangereux ;
- La formation de tout le personnel impliqué dans le processus concernant les différentes règles et procédures ;
- L'implication de la famille dans le processus (BCM, autoadministration, divulgation A/I, etc.) ;
- La non-disponibilité des pompes de perfusion et l'absence de l'offre pour le traitement IV devraient être reconsidérées afin d'éviter les transferts aux hôpitaux lorsque cela est possible et désengorger les urgences.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Expérience de soins des résidents

Le chapitre 6 se concentre sur les critères liés à l'expérience de soins d'un résident dans un établissement de soins de longue durée. Les thèmes abordés dans ce chapitre comprennent la création d'une équipe compétente en matière de prestation de soins et de services, équipe qui s'appuie sur l'approche de soins centrés sur la personne telle que définie par HSO. Ils comprennent aussi la prestation de soins sécuritaires et fiables répondant aux besoins des résidents et à la façon dont ils définissent leur qualité de vie. Le chapitre met l'accent sur l'importance des résidents et des proches aidants en tant que participants actifs aux soins et aux services dispensés. Les plans d'intervention individualisés se fondent sur les besoins et les objectifs des résidents, sur la prise de décision partagée et sur l'autogestion. De plus, ils s'appuient sur des principes éthiques de respect, de dignité, de confidentialité, de confiance et de consentement éclairé.

Évaluation du chapitre: 98.4% des critères sont conformes

1.6% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 8 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'organisme a procédé à une révision de l'ensemble des programmes cliniques. Des procédures et des protocoles y sont associés et l'organisme s'inspire des données probantes et des meilleures pratiques. Des formations ont été planifiées et organisées à la suite de la mise à jour des programmes dans un objectif d'une mise à niveau des compétences du personnel.

Plusieurs pratiques cliniques et processus ont fait l'objet d'audits. Les résultats des audits sont analysés et diffusés aux équipes. Les pistes d'amélioration découlant des audits sont ingérées au plan d'amélioration local de chaque installation.

Le tableau de bord des indicateurs cliniques traduit la préoccupation de l'organisme à avoir une vigie quotidienne sur la prévention des infections et de la gestion des risques. Le suivi des indicateurs cliniques permet à l'organisme une agilité et une proactivité à mettre les actions en place et le soutien clinique.

Nous tenons à souligner les efforts considérables déployés pour diminuer le recours aux contentions grâce aux formations et à la sensibilisation du personnel des bonnes pratiques en matière de mesures de contrôle pour le bien-être de la clientèle.

L'organisme s'est doté de processus cliniques formels et structurés pour assurer la qualité et la sécurité des services. La mise en place de la révision trimestrielle systématique de tous les résidents, au cours de laquelle l'organisme revoit tous les facteurs de risques des résidents, démontre sa volonté de prioriser la gestion des risques. Cette pratique clinique porteuse assure une vigie des indicateurs cliniques.

Une structure de communication est mise en place pour assurer une communication fluide et structurée auprès des équipes. Les rencontres d'équipe, la publication de l'info qualité, les fiches qualité et la mise en place des « intervenants abeilles » sont d'autant de moyens utilisés pour diffuser et informer le personnel. Les « intervenants abeilles » sont un bon exemple d'une approche de gestion participative dans l'amélioration continue. La mise en place du système de communication et d'organisation du travail intégré (SCOTI) a amélioré de manière significative la communication entre les membres de l'équipe sur chaque étage. La station visuelle permet au personnel d'inscrire des particularités et ainsi informer le personnel sur les trois quarts de travail assurant la continuité informationnelle. Nous encourageons fortement le déploiement de ce système dans tous les CHSLD.

L'organisme est soucieux de consulter et de faire participer la famille. Des sondages sur l'expérience d'admission 7 jours post admission sont effectués auprès des familles et les résultats sont transmis aux équipes afin d'améliorer la qualité du processus d'admission. Les familles reçoivent une pochette à l'admission contenant de l'information sur plusieurs aspects.

L'organisme entretient des collaborations transparentes avec les commissariats aux plaintes des CISSS. Ceux-ci sont sollicités lors des comités de vigilance afin de présenter leur rapport annuel. L'organisme est proactif à collaborer dans le traitement d'une plainte dans un souci d'amélioration continue. Le CHSLD Michèle-Bohec a la chance de vivre un projet pilote avec un service de garde à même le CHSLD. Des activités conjointes sont réalisées avec les enfants de la garderie et les résidents à différents moments de l'année.

L'approche milieu de vie est intégrée au sein des établissements. À cet effet, un cadre de référence est mis à la disposition du personnel et des audits sont réalisés. Le personnel incarne les valeurs prônées par le Groupe Arbec. Les services sont donnés par du personnel dévoué, souriant, accueillant et respectueux. La dignité et le respect des volontés du résident et sa famille sont au cœur de la philosophie des interventions du personnel. Les résidents et les familles sont satisfaits des services. Nous avons eu l'occasion de rencontrer des résidents et leur proche sur place qui confirment que le personnel est à l'écoute de leur besoin et qu'ils sont partie prenante de leurs soins.

Un climat de travail agréable est observé et mentionné par le personnel des CHSLD Michèle-Bohec et Louise-Faubert. Les employés mentionnent la qualité du soutien clinique reçu depuis la mise en place de ICASI et des ASI. Les membres du personnel ont répondu à leurs questions au moment opportun. La gestion de proximité de l'équipe de gestionnaires contribue au degré de satisfaction des équipes cliniques.

Nous soulignons la qualité des dossiers des résidents. L'organisation et le classement sont impeccables. Les plans d'interventions interdisciplinaires sont réalisés avec la participation du résident et sa famille. Toutefois, nous recommandons à l'organisme de revoir le formulaire du PII afin qu'il soit plus adapté à la prestation de soins en CHSLD.

Nous constatons que des efforts ont été déployés dans les derniers mois afin d'assurer la compétence du personnel dans la prestation de soins. Nous encourageons l'organisme à maintenir la tenue des formations et la réalisation des audits sur une base continue annuellement. L'objectif étant d'assurer la pérennisation et de poursuivre la culture d'amélioration continue.

On constate des efforts afin d'assurer une harmonisation des pratiques cliniques au sein de tous les CHSLD. L'exemple du comité PDSP est un bon exemple. En effet, chaque formateur de chacun des CHSLD participe au comité PDSB afin de déployer les orientations et le développement des compétences. Nous recommandons à l'organisme de poursuivre ses efforts dans le partage des expertises cliniques afin d'augmenter la compétence collective et faciliter l'harmonisation des pratiques au sein de tous les établissements.

Les équipes appliquent les procédures et protocoles dans la gestion des SCPD. Nous retrouvons des suivis rigoureux au dossier des résidents. Les grilles de comportements sont compilées et l'approche SCPD est intégrée au sein de l'équipe interprofessionnelle. L'organisme n'hésite pas à faire appel à l'équipe de soutien du CISSS des Laurentides pour un soutien expert dans les situations plus complexes. Une approche non pharmacologique au CHSLD Louise-Faubert mérite d'être mentionnée.

L'approche en soins palliatifs et fin de vie est connue et appliquée. Les signes cliniques sont détectés par l'équipe de soins et un plan d'intervention de fin de vie est rapidement mis en place avec la famille.

La prévention du suicide fait l'objet d'une politique et des outils sont mis à la disposition des équipes cliniques. Cette pratique est toutefois récente dans les processus cliniques. Nous recommandons fortement à l'organisme de porter une attention particulière à l'intégration de cette pratique organisationnelle au sein de tous les CHSLD.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.5	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les résidents, les familles ou les proches aidants tout en respectant l'héritage culturel, les croyances religieuses et les besoins diversifiés en matière de soins.	Priorité normale