



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Groupe Santé Arbec

Rawdon, QC

Dates de la visite d'agrément : 18 au 22 novembre 2019

Date de production du rapport : 12 décembre 2019

Au sujet du rapport

Groupe Santé Arbec (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en novembre 2019. 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	12
Résultats détaillés de la visite	13
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	14
Processus prioritaire : Planification et conception des services	14
Processus prioritaire : Gestion des ressources	17
Processus prioritaire : Capital humain	19
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	21
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	23
Processus prioritaire : Communication	24
Processus prioritaire : Environnement physique	26
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	27
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	28
Processus prioritaire : Cheminement des clients	29
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	30
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	32
Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	32
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	35
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	36
Résultats des outils d'évaluation	41
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers	41
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	43
Annexe A - Programme Qmentum	45

Sommaire

Groupe Santé Arbec (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

Groupe Santé Arbec 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 : 18 au 22 novembre 2019**

- **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 de soins longue durée Émile Mc Duff
2. Centre d'hébergement de soins longue durée Heather
3. Centre d'hébergement et de soins longue durée des Moulins

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

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

Normes sur l'excellence des services

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









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	14	0	1	15
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	10	0	0	10
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	123	10	7	140
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	38	0	0	38
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	67	0	0	67
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	7	0	0	7
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	164	5	9	178
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	6	0	0	6
Total	429	15	17	461

Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Leadership - Petits organismes de santé extra-hospitaliers	38 (97,4%)	1 (2,6%)	1	68 (98,6%)	1 (1,4%)	1	106 (98,1%)	2 (1,9%)	2
Prévention et contrôle des infections - Organismes extra-hospitaliers	27 (96,4%)	1 (3,6%)	6	44 (97,8%)	1 (2,2%)	2	71 (97,3%)	2 (2,7%)	8
Gestion des médicaments - Organismes extra-hospitaliers	41 (95,3%)	2 (4,7%)	2	44 (95,7%)	2 (4,3%)	1	85 (95,5%)	4 (4,5%)	3
Soins de longue durée	53 (98,1%)	1 (1,9%)	1	96 (98,0%)	2 (2,0%)	1	149 (98,0%)	3 (2,0%)	2
Total	159 (97,0%)	5 (3,0%)	10	252 (97,7%)	6 (2,3%)	5	411 (97,4%)	11 (2,6%)	15

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

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

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

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

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

VOTRE MILIEU DE VIE REFLÈTE UNE ATMOSPHÈRE CHALEUREUSE, FAMILIALE ET SÉCURITAIRE, EMPREINTE D'HUMANITÉ ET DE RESPECT! ICI, VOUS ÊTES AU CŒUR DE NOS INTERVENTIONS... PASSIONNÉS PAR LES AÎNÉS DEPUIS PLUS DE 50 ANS!

Le Groupe Santé Arbec (GSA) est une entreprise privée et le fruit des efforts de trois générations de la famille Arbec. Le Groupe Santé Arbec a développé, à travers les années, une gamme des services offerts à la personne en grande perte d'autonomie, atteinte de déficits cognitifs et physiques importants. Depuis 50 ans, le Groupe Santé Arbec est fier de concourir à la création de milieux de vie pour personnes âgées, centrés sur le résident. Lors de la visite d'Agrément Canada, trois des Centres d'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) sur six sont évalués, soit le CHSLD Heather, le CHSLD des Moulins et le CHSLD Émile McDuff. L'organisation compte 14 établissements distribués dans les régions de Lanaudière, des Laurentides, de la Montérégie et de l'Estrie. Le GSA regroupe 636 lits en centre d'hébergement.

Le Groupe Santé Arbec met tout en œuvre pour offrir aux aînés en perte d'autonomie des milieux de vie bienveillants, sécuritaires, adaptés et personnalisés; tout en étant préoccupé par le mieux-être du résident. Pour ce faire, l'organisation mise sur son équipe d'employés et de gestionnaires qualifiés et engagés dans sa mission et ses valeurs, mais aussi sur les bénévoles (108) et sur les ressources de la communauté régionale, qui viennent soutenir les équipes. Une organisation en pleine croissance et un partenaire indéfectible du réseau de la santé et des services sociaux, partie prenante de l'offre de service des Centres intégrés de services de santé et des services sociaux (CISSS) de Lanaudière, des Laurentides et de Montérégie-Centre et du Centre intégré universitaire de services de santé et des services sociaux de l'Estrie (CIUSSS). Dans la dernière année, les rôles et les responsabilités du conseil d'administration et de la direction générale ont été clairement définis. La collaboration entre l'équipe de la gouvernance et le directeur général est solide et est fondée sur des débats transparents. L'échange d'information est documenté et partagé au sein de l'organisation et avec les partenaires du réseau. Au-delà des processus et des activités du conseil, il faut noter la synergie et le niveau de confiance qui se sont développés entre les membres du conseil d'administration et le directeur général, qui est en place depuis 2018, sont bien perceptibles et favorisent un bon fonctionnement. De plus, cette collaboration aide à l'obtention de soins et services de qualité profondément humains, et ce, dans un environnement sécuritaire pour des résidents ayant des besoins tout au long de la trajectoire et au développement de l'amélioration continue. La préoccupation des soins centrés sur la personne et la famille, et la sécurité, sont omniprésentes et sont au cœur des activités du conseil et des directions.

La planification stratégique de l'établissement est imprégnée des besoins actuels de la population et du choix des priorités de l'organisation. Sept (7) grands axes se dégagent de la planification : la sécurité, les risques cliniques et la pertinence, la diversification de l'offre de services en hébergement, la continuité des services, l'expérience résident/famille et l'expérience employé, la rétention, l'attraction et la mobilisation de la main

d'œuvre, le développement des compétences, l'organisation efficiente et l'excellence clinique.

La planification stratégique 2016-2020 a été adoptée par le conseil d'administration en 2016 et selon la vision du Groupe Santé Arbec. La planification 2016-2020 est révisée et ajustée annuellement selon les besoins de l'organisation et toujours en lien avec les orientations stratégiques. Des bilans annuels ont été réalisés, on y retrouve les faits saillants, les enjeux et un bilan de l'état d'avancement des objectifs opérationnels qui vont contribuer à l'élaboration de l'année suivante.

Le Conseil d'administration se rencontre le troisième jeudi de chaque mois. Ayant comme mandat d'assurer la surveillance des principales activités de l'organisation à travers la planification stratégique. Il reçoit des rapports bien informés sur l'avancement des plans opérationnels de chaque direction. Un rapport trimestriel concernant les indicateurs de qualité et sécurité pour le résident est présenté par le directeur général.

L'organisation fait preuve d'un engagement et d'une détermination marqués à l'égard de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services dispensés à leur clientèle. Les membres du Conseil émettent des orientations claires pour assurer la réalisation de la mission de l'établissement et font preuve d'un souci constant envers l'atteinte de résultats concrets dans l'offre de service du GSA. L'accessibilité, la qualité et la sécurité dans la dispensation des soins et services sont des critères inéluctables dans la prise de décision du Conseil d'administration. Pour les membres du Conseil, les employés et les médecins de l'organisation sont des partenaires à part entière et de premier plan dans la mise en œuvre des services offerts.

Des travaux sont en cours pour l'élaboration de la planification stratégique 2020-2023 avec les membres du comité de direction et du conseil d'administration, en tenant compte du contexte socio-économique et de la situation financière pouvant exiger des ajustements importants.

L'organisation dispose d'un plan de communication depuis 2015, avec un volet interne et externe. L'objectif étant à la fois de structurer les communications à l'intérieur de l'organisation, de renseigner les partenaires et de prendre en compte les besoins de la communauté dans le but de s'ajuster et de continuer à s'améliorer, tout en étant souple et cohérent dans les informations communiquées.

L'équipe de direction relativement jeune et récente fait preuve d'un fort leadership dans la planification et la mise en œuvre des orientations et de l'offre de services de l'organisation. Il met en place des mesures structurantes, garantes de l'atteinte des résultats escomptés. Les gestionnaires font preuve de dynamisme et ont le souci d'améliorer leurs processus de services en impliquant les intervenants, lorsque possible des résidents et la famille de leurs secteurs d'activités. La culture de mesure évolue progressivement. La direction est encouragée de poursuivre le chemin parcouru et de diffuser les divers résultats à l'ensemble des acteurs de l'organisation, incluant le résident et la famille ainsi que les bénévoles.

La philosophie d'intervention du GSA repose sur des principes tels que : la gestion participative misant sur la responsabilisation; le développement des compétences; la reconnaissance du personnel; la créativité; la prise de décisions; la transparence et l'efficacité dans les communications. Elle est basée sur une approche humaniste et des soins centrés sur le client en favorisant la participation du résident et de sa famille à la prise

de décision. Le respect, la confiance, l'engagement, la rigueur, la cohérence, la collaboration et la fierté sont des valeurs qui guident le quotidien des membres des équipes.

Les visiteurs ont perçu un véritable engagement des dirigeants à travailler de façon intersectorielle, pratiques véritablement intégrées à l'ensemble de l'organisation en matière de ressources humaines. Selon les personnes rencontrées, cette manière de faire est un fleuron pour l'organisation.

La culture d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins et services est une priorité de l'organisation guidant le quotidien des membres de l'équipe. Les visiteurs perçoivent la mobilisation et l'engagement des ressources humaines à vouloir se démarquer et être les meilleurs. Le dynamisme constaté au moment de la visite et la qualité des projets en cours démontrent la volonté de l'établissement à poursuivre les travaux concernant le résident-partenaire, l'amélioration des services de qualité et à accroître sa préoccupation pour la sécurité des personnes. Nous encourageons l'établissement à continuer sur cette impulsion. Bravo à toute l'équipe!

Plusieurs formations ou perfectionnements sont présentés à l'ensemble de l'organisation concernant le développement des compétences pour 2019-2019. Le personnel rencontré lors du traceur administratif mentionne la complicité, le soutien, l'engagement et la disponibilité du personnel des ressources humaines.

Le personnel dispense les soins et les services avec humanisme, compassion et respect. En ce qui a trait aux soins et services, une prise en charge interdisciplinaire est présente au niveau des unités de soins et témoigne de l'approche de collaboration, tout au long de la trajectoire de services. Le cheminement de la clientèle se fait de façon fluide et selon les personnes rencontrées, la clientèle accède rapidement aux prestataires de services. L'organisation a le souci de bien répondre aux besoins des résidents et familles. Il est intéressant de voir la convergence des actions vers des objectifs communs et l'harmonisation du processus pour le Groupe Santé Arbec.

Dans les unités de soins et au sein des équipes interdisciplinaires, tous les collaborateurs sont présents, disponibles et en interaction les uns avec les autres. Lors des rencontres avec les membres du comité de milieu de vie et du comité des résidents, ceux-ci mentionnent se sentir en sécurité, informés, entourés, écoutés et respectés dans leurs choix. La priorité à une autonomie maximale donnée au résident est perceptible. L'autonomie graduellement acquise est favorisée par l'équipe. Selon les personnes rencontrées, ces dernières mentionnent que leur prise en charge est bien planifiée, diversifiée et répond aux besoins du résident. Ils se sentent à l'aise de s'interpeller et de se consulter en tout temps. De plus, les rencontres interdisciplinaires permettent l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé (PII) et respectant les besoins et les attentes du résident, et un suivi à jour de son évolution.

Au niveau du contrôle et de la prévention des infections, beaucoup d'information est transmise et des formations sont données sur les précautions de base. Le personnel de l'entretien ménager est bien au fait et respecte les mesures choisies en fonction des meilleures pratiques.

Les résultats des sondages continus concernant la satisfaction des résidents et familles attestent de la grande satisfaction des soins et des services reçus et du suivi fait par les équipes en place. Ils mentionnent l'approche

humaine des intervenants, le sourire, l'écoute et la prise en considération du résident favorisant ainsi un climat positif et agréable. La culture de qualité et de la sécurité, de même que la culture du résident-partenaire, sont palpables à tous les niveaux de l'organisation.

Il existe un document dans le manuel de politiques et procédures intitulé « Code d'éthique et de conduite », réalisé en 2015. Ce document propose les normes de comportements que tout le personnel du Groupe Santé Arbec est tenu de respecter dans les activités quotidiennes et leur relation avec les autres en fonction des valeurs de l'organisation. Le document précise le code éthique, les droits reconnus et les comportements attendus de la clientèle.

Cependant, on ne retrouve aucun élément concernant les questions éthiques, des questions qui peuvent toucher des sujets concernant à titre d'exemple le refus d'un résident de prendre son bain. Les questions peuvent aussi être d'un tout autre ordre par exemple un conflit au niveau des ressources humaines. De plus, considérant la mise en place des soins palliatifs et des soins de fin de vie, il y a des possibilités éventuelles d'avoir des questions en lien avec l'éthique et le multiculturalisme. Le GSA est encouragé à mettre par écrit une démarche afin d'intervenir avec efficacité lorsque des situations le requièrent. Actuellement, s'il y a des questions éthiques et que l'organisation a besoin d'un avis éthique, le GSA achète les services d'un éthicien externe.

L'organisation dispose d'un processus de planification et de gestion financière bien définie, qui est bien arrimé avec la planification stratégique et les objectifs annuels. La direction des ressources financières travaille étroitement avec la direction des ressources humaines et les autres directions. Des efforts sont mis sur la réduction de la main d'œuvre indépendante (MOI), du temps supplémentaire et le taux d'assurance-salaire. L'équipe est dynamique et engagée, mentionne avoir un sentiment d'appartenance au GSA et avoir choisi de venir travailler dans cette organisation. Elle mentionne également la fierté de faire partie de l'équipe.

Il y a lieu de citer la fierté d'appartenance des bénévoles rencontrés à l'égard de l'organisation du Groupe Santé Arbec. Ils sont fiers de pouvoir être utiles pour le résident. Il y a lieu de citer une phrase d'un bénévole « La vie n'a de valeur que dans la mesure où elle est donnée aux autres ». Les résidents présents lors de cette rencontre mentionnent le bien-être apporté par ce bénévole. Les bénévoles ont reçu une formation en santé-sécurité, synthétisée, comprenant la réanimation cardio-respiratoire, les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), les symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) et une formation sur la violence au travail.

Somme toute, les acteurs de tous les niveaux de l'organisation peuvent être fiers des réalisations accomplies depuis la dernière visite d'agrément. La tâche est immense, mais les compétences sont nombreuses pour y répondre. Les défis sont grands pour les prochaines années : l'alourdissement de la clientèle, la pénurie de la main d'œuvre et l'équilibre budgétaire.

L'ensemble des partenaires externes mentionnent la grande collaboration, les arrimages facilitants, la disponibilité du personnel et la rapidité de réponse aux demandes des établissements référents. Une excellente équipe et un bon partenariat. Bravo!

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 : Communication	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Soins de longue durée 9.19
<p>Identification des usagers En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Soins de longue durée 9.2
<p>Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées Une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés a été établie et mise en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers 1.5
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<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 – Petits organismes de santé extra-hospitaliers 9.7

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

L'énoncé de mission et la vision du Groupe Santé Arbec (GSA) ont fait l'objet d'une consultation à l'interne (professionnels, employés), les comités de résidents et les partenaires externes, par exemple le CISSL.

Les valeurs reposent sur le respect, la confiance, l'engagement, la rigueur, la collaboration et la fierté. Celles-ci paraissent dans les projets de l'organisation, sont affichées à tous les niveaux des établissements dans des endroits stratégiques, sur son site Web et dans plusieurs communications à l'interne et à l'externe de l'organisation et au vu des résidents et des employés. Tout au long de la visite, les visiteurs ont pu constater une réelle appropriation des valeurs.

La préoccupation des soins centrés sur la personne, la famille et la sécurité sont omniprésentes et sont au cœur des activités du conseil d'administration et des directions. Plusieurs mécanismes sont en place pour obtenir l'apport des résidents et familles dans le processus décisionnel. À titre d'exemple, les sondages sur la satisfaction, les audits, les comités des résidents, les comités milieu de vie, le site web.

La mission de l'établissement dont le but est « d'assurer des services personnalisés dans un milieu de vie adapté aux besoins des résidents en perte d'autonomie » a été également communiquée à tous les paliers. Ces énoncés sont bien connus du personnel et des partenaires. Ils servent comme éléments préalables de la direction générale dans les divers projets internes et externes pour déterminer le rôle de l'organisation et pour préciser leur approche auprès de la clientèle.

Les fondements de la planification reposent sur les besoins de la personne, au cœur des soins et services de santé en milieu de vie continus, sécuritaires et adaptés aux besoins des personnes en hébergement. Le

personnel offre des soins et services personnalisés aux résidents et un milieu de vie substitut sécuritaire, dans le respect de leurs droits, leurs valeurs et leurs habitudes de vie.

Le plan stratégique de l'établissement est imprégné des besoins actuels de la population et du choix des priorités de l'organisation. Sept (7) grands axes se dégagent de la planification : la sécurité, risques cliniques et pertinence, la diversification de l'offre de services en hébergement, la continuité des services, l'expérience résident/famille et l'expérience des employés, la rétention, attraction et mobilisation de la main d'œuvre, le développement des compétences, l'organisation efficiente et l'excellence clinique.

La planification stratégique 2016-2020 a été adoptée par le conseil d'administration en 2016 et selon la vision du Groupe Santé Arbec. La planification 2016-2020 est révisée et ajustée annuellement selon les besoins de l'organisation et toujours en lien avec les orientations stratégiques. Des bilans annuels ont été réalisés, on y retrouve les faits saillants, les enjeux et un bilan de l'état d'avancement des objectifs opérationnels qui vont contribuer à l'élaboration de l'année suivante.

Actuellement, des travaux sont en cours pour l'élaboration de la planification stratégique 2020-2023, avec les membres du comité de direction et du conseil d'administration en tenant compte du contexte socio-économique et la situation financière pouvant exiger des ajustements importants. Le plan stratégique qui sera élaboré doit prévoir la souplesse voulue pour l'ajuster au besoin, et ce, dans un souci constant de qualité et de sécurité des soins et services offerts.

L'organisation est proactive dans l'analyse continue de son milieu pour cerner les changements et les nouveaux défis. Le personnel d'encadrement est soucieux de communiquer les orientations et les objectifs stratégiques à ses équipes respectives et s'assure de l'harmoniser avec les objectifs des directions. À partir des orientations et des objectifs stratégiques, des plans opérationnels ont été élaborés avec des objectifs précis et mesurables par direction.

Le Conseil d'administration se rencontre le troisième jeudi de chaque mois. Ayant comme mandat d'assurer la surveillance de principales activités de l'organisation à travers la planification stratégique. Il reçoit des rapports bien étayés sur l'avancement des plans opérationnels de chaque direction.

La notion de partenariat est très imprégnée dans la culture de l'organisation, tant au niveau de la direction, du personnel d'encadrement que du personnel terrain, des résidents et des familles.

L'organisation est invitée à réviser ses politiques et procédures et d'y inscrire la date de révision ou d'élaboration.

Les grands enjeux ou les défis qui confrontent le Groupe Santé Arbec reposent sur l'alourdissement de la clientèle, la pénurie de la main d'œuvre et l'équilibre budgétaire.

L'organisation est encouragée à poursuivre la mise en place de la culture de la mesure et de continuer le travail amorcé concernant son approche de soins centrés sur la personne et la famille, de la faire connaître à l'ensemble de ses partenaires internes et externes.

Le leitmotiv qui se dégage des rencontres, « ...c'est à travailler tous ensemble, avec les résidents/familles, que nous pouvons réussir à améliorer le milieu de vie de nos résidents et les entourer d'éléments qui leur ressemblent ». Bravo!

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)

Depuis la dernière visite, la direction a connu une réorganisation du service des ressources financières avec la nomination d'une nouvelle directrice en octobre 2019 pour continuer l'harmonisation de l'approche financière. Un mandat avec la firme de consultation Raymond Chabot/Grant Thornton concernant la réorganisation de la direction des ressources financières a été réalisé et un plan d'action est en place. Actuellement, le logiciel Virtuo de MédiSolution est en cours d'implantation.

Le cycle de planification annuel des ressources financières et immobilières est bien établi et connu de tous. L'organisation dispose d'une planification financière incluant tous les mécanismes de la planification et du contrôle financier. Elle tient compte de la performance des services, des accroissements de volume et des soins ou des projets.

La direction des ressources financières travaille étroitement avec la direction des ressources humaines et les autres directions. Des efforts sont mis sur la réduction de la main d'œuvre indépendante (MOI), du temps supplémentaire et le taux d'assurance-salaire. L'équipe est dynamique et engagée, mentionne avoir un sentiment d'appartenance au GSA et d'avoir choisi de venir travailler dans cette organisation. Elle mentionne la fierté de faire partie de l'équipe.

Il n'existe pas de plan d'immobilisation proprement dit, considérant que les installations sont récentes. Cependant, il existe des contrats de services d'entretien pour les génératrices et les ascenseurs. L'organisation fait de l'impartition de services concernant les actifs informationnels.

Un rapport mensuel sur le rendement financier de l'organisation est produit et acheminé au comité de direction et au conseil d'administration pour approbation. Par la suite, les résultats sont diffusés dans l'organisation par les directions aux gestionnaires.

Pour le CHSLD privé/conventionné et le Groupe Santé Arbec, la production de rapports financiers annuels est effectuée par la firme externe Bélanger, Dalcourt CPA, Inc., le tout selon les exigences d'ordre légal. De plus, le CHSLD Heather suit les normes du MSSS pour la production de son rapport annuel de gestion.

La direction des finances a mis en place l'approche budgétaire décentralisée, un nouveau processus de planification budgétaire et de contrôle des coûts. Des sessions de formation à l'intention des gestionnaires sur la gestion financière seront données à l'ensemble des gestionnaires du GSA, prochainement dans le but de mieux outiller les gestionnaires et bien comprendre l'imputabilité qui leur est assignée. La Direction des ressources financières et informationnelles supporte la planification, les suivis et les réajustements au besoin. Cette collaboration est complétée par la participation d'une personne des ressources humaines.

Advenant une gestion de crise, la direction utilise le plan d'action élaboré par un consultant au niveau de la direction générale. À cet effet, récemment, la direction a connu une gestion de crise concernant une « panne informatique », bris de communication complète du CHSLD (pas de téléphone, pas de courriel, pas de cellulaire). La direction a pu expérimenter l'application du Plan de gestion de crise, en temps opportun, un post mortem a eu lieu par la suite, pour la direction l'expérience fut positive à tout point de vue.

Toutes les politiques et les procédures financières sont en place et les mises à jour se font régulièrement.

Les services financiers en collaboration avec l'équipe de direction et le conseil d'administration déterminent les besoins financiers de l'organisation et les risques potentiels. L'élaboration des budgets se fait selon un processus déterminé et connu. Il existe un processus pour que le directeur général et les actionnaires approuvent les budgets d'exploitation et d'immobilisation.

Les principaux défis sont de maintenir un budget en équilibre, de répondre aux recommandations émises par la firme Raymond Chabot/Grant Thornton.

Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

Passionnés des aînés ... Ensemble on réussit!

Depuis la dernière visite, la direction des ressources humaines a connu une grande instabilité au niveau de l'encadrement et du personnel de ce secteur d'activités. La directrice des ressources humaines actuellement est en place depuis cinq mois. De plus, à l'automne 2018, deux nouvelles installations ont pris place au sein du Groupe Santé Arbec ce qui a sollicité des efforts considérables pour le recrutement du personnel, la restructuration et la stabilisation de l'équipe au niveau de la réorganisation.

L'équipe des ressources humaines est une équipe solidaire qui bénéficie de la confiance des gestionnaires, d'une bonne relève, d'une bonne expertise et d'un partenariat très développé avec les divers milieux de l'organisation. Les visiteurs perçoivent la mobilisation et le sentiment d'appartenance du personnel rencontré. Le travail d'équipe est excessivement important et le besoin de satisfaire le client est une primauté pour les membres de l'équipe. Le personnel souligne le plaisir de travailler au GSA et de répondre au-delà des attentes de la clientèle en termes de qualité et de sécurité des services dispensés.

À ce stade-ci, la direction a établi son diagnostic organisationnel et a élaboré son plan de développement des ressources humaines (PDRH), autour de l'innovation, la rétention, l'attraction et la mobilisation de la main d'œuvre, le développement des compétences, dans le développement d'équipes engagées, compétentes, stables et performantes. La direction a défini ses buts et objectifs pour répondre aux orientations, et ce, en cohérence avec les objectifs de la planification stratégique de l'organisation.

L'amélioration continue est une priorité de l'organisation et est bien ancrée. Le respect, la confiance, l'engagement, la rigueur, la cohérence, la collaboration et la fierté sont des valeurs qui guident le quotidien des membres des équipes. Le travail d'équipe est excessivement important pour l'équipe des ressources humaines dans le but de renforcer les liens avec l'ensemble des partenaires.

L'organisation a mis en place le plan d'action PULSE, 2020, ce plan représente la vision du comité de direction dans une approche de vision stratégique. Une approche de collaboration et de participation de tous incluant les gestionnaires, les employés, le syndicat. De plus, la direction des ressources humaines fera une présentation de certains projets aux comités de résidents et bénévoles, et ce, dans une approche consultative. Bravo à l'ensemble de l'équipe de la DRH, un beau travail, bonne continuité dans l'application. La direction des ressources humaines dispose d'un plan de main-d'œuvre, en toute cohérence avec le plan stratégique de l'organisation, et fait l'objet d'un suivi.

Il existe un programme d'orientation des nouveaux employés et des mécanismes sont en place pour

assurer un soutien optimal au nouveau venu, soit du mentorat ou du coaching.

Il y a lieu de mentionner le travail innovateur et la créativité de l'équipe des ressources humaines pour des projets à titre d'exemple le projet de recrutement au niveau international d'un groupe de 8 à 9 personnes du Cameroun qui viendront travailler au Canada pour le GSA, comme préposés aux bénéficiaires (PAB). L'organisation formera sur place ces personnes. Actuellement, des efforts sont mis à contribution pour trouver des personnes du Cameroun pour mieux intégrer ces personnes à la vie montréalaise. Aussi, le GSA recrute et forme les personnes n'ayant aucune formation ou d'expérience dans le milieu. La mise en place des activités d'ambassadrices chargées de projet mobilisateur par exemple le lancement de prévention du harcèlement et violence au travail. Bravo pour votre dynamisme et votre sentiment d'appartenance! De plus, dans le but d'allier les pratiques au GSA, les RH ont mis en place un système de code de couleur des cordons d'identification pour reconnaître les employés : cordon bleu le personnel régulier; cordon noir le personnel des agences; cordon vert les bénévoles et les cordons jaunes les nouveaux employés. L'organisation est invitée à présenter ces projets aux résidents.

Une politique est en place concernant la violence en milieu de travail et à la portée de tous. Advenant une situation en lien avec la violence en milieu de travail, les responsables analysent la situation, son niveau de gravité et les solutions y sont apportés rapidement.

Un comité paritaire est en place, le mode de fonctionnement est bien établi ainsi que les rôles et les responsabilités. Un partenariat bien établi avec les instances syndicales.

Un processus de reconnaissance est en place. À ce titre, mentionnons par exemple des 5/7 pour les années de services, la direction offre des biscuits sourires Tim Horton aux employés pour la collation. Le personnel rencontré lors du traceur administratif mentionne, la confiance, le soutien et la disponibilité du personnel des ressources humaines.

L'équipe utilise des indicateurs de production des activités des ressources humaines. Les résultats sont présentés au comité de direction, au conseil d'administration et par la suite aux gestionnaires. De plus, l'organisation se compare à des établissements similaires au Groupe Santé Arbec au niveau provincial.

Les principaux défis identifiés par la direction concernent la réduction de l'assurance-salaire, la diminution de recours à la main d'œuvre indépendante (MOI), la pénurie de la main d'œuvre demeure un défi quotidien (le recrutement, la rétention et l'attraction du personnel) ainsi que la consolidation et stabilité des équipes de travail.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

Outre les établissements qui faisaient partie de la présente visite d'Agrément (CHSLD Émile McDuff, CHSLD des Moulins et CHSLD Heather), l'organisation Groupe Santé Arbec a connu une croissance importante au cours des dernières années avec l'ouverture de trois (3) nouveaux CHSLD. Ces développements s'ajoutent à la réorganisation de sa gouvernance administrative et structurelle ainsi que l'arrivée depuis la dernière année d'une équipe renouvelée de son comité de direction.

Les membres de la haute direction sont tous très engagés dans leurs nouvelles fonctions et composent une nouvelle équipe dont la synergie et le dynamisme sont palpables. Les éléments de vision du Conseil d'administration ainsi que de la Direction générale en matière de la qualité au profit de la clientèle sont bien campés ainsi que portés par le comité de direction et leurs équipes de gestion respectives.

Sur le plan de la gestion intégrée de la qualité, il faut noter que le Groupe Santé Arbec était, depuis 2013-2014, en impartition pour la coordination de certains volets de la gestion de la qualité et des risques, incluant un mandat de préparation, d'accompagnement et de coordination de la démarche ainsi que du processus d'Agrément. Nous avons été à même de constater la qualité de plusieurs outils ayant été développés pendant cette période, à titre d'exemple le tableur Excel de suivi systématique post-admission (SSPA). Depuis janvier 2019, coïncidant avec l'arrivée en poste d'une nouvelle directrice des soins infirmiers (DSI), le volet qualité et gestion des risques est rapatrié sous la responsabilité de la DSI. Cette appropriation de la coordination de la qualité dans la structure interne de l'organisation sera sans nul doute une valeur ajoutée pour la suite. La structure organisationnelle de la direction des soins infirmiers est également revisitée pour y inclure l'ajout, depuis 3 mois, d'une nouvelle fonction d'adjointe à la DSI, d'un poste de conseiller à la gestion de la qualité et des risques (à combler) et de passer à une structure révisée de coordination par installation CHSLD du GSA (coordonnateur et soutien administratif).

Ces développements, modifications et ajouts pour répondre aux besoins populationnels en hébergement en soins de longue durée pour les territoires desservis commandent une transition et une planification dans la gestion du changement pour maintenir et poursuivre la gestion intégrée de la qualité dans l'offre de services pour les résidents et les proches. C'est en ce sens, avec justesse et pertinence que l'organisation doit poursuivre l'harmonisation de ses pratiques en matière d'amélioration continue de la qualité incluant notamment, la satisfaction de l'expérience client, la sécurité des résidents et la gestion des risques.

La nouvelle équipe de direction en place endosse et incarne pleinement les valeurs du GSA : respect, confiance, engagement, rigueur et collaboration, c'est indéniable. Leurs équipes respectives et les membres du personnel sur les unités agissent et véhiculent ces valeurs tout autant, bravo! Le réel défi qui

devient l'opportunité à saisir à travers les changements des derniers mois, est de bien ancrer le sens ainsi que la vision du GSA en matière de gestion intégrée de la qualité au profit de la clientèle dans un milieu de travail empreint de bonne volonté et d'engagement tel que vous l'avons observé, dans un contexte, il faut ajouter, de pénurie de main-d'œuvre.

En terminant, sur le plan fonctionnel, bien que plusieurs plans d'action en place dans l'organisation puissent adresser certaines sphères de la gestion de la qualité, nous invitons l'organisation à se doter d'un plan intégré et unifié de gestion et d'amélioration de la qualité. Les bonnes pratiques édictent qu'un plan intégré d'amélioration de la qualité réunit au même endroit la gestion de plusieurs domaines qualité dont les risques liés à la sécurité des résidents et la gestion des risques, sans toutefois y être exhaustifs. L'organisation détient déjà de très bonnes assises pour faire évoluer les outils actuels vers un plan fonctionnel intégré d'amélioration de la qualité pour ensuite en suivre l'évolution et le bonifier un fil du temps avec les mesures de rendement qui auront été priorisées et ciblées.

De plus nous encourageons l'organisation à formaliser et harmoniser les outils et éléments de reddition à remettre aux différentes instances de l'organisation et partenaires en matière d'amélioration de la qualité.

Bonne continuité et évolution à compter d'excellentes bases que vous détenez tout en préservant, au cœur de vos orientations comme vous le faites déjà, une place de choix aux résidents et leur famille.

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 – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
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 ou des résidents et des familles.	!

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

Il existe un document dans le manuel de politiques et procédures intitulé « Code d'éthique et de conduite », réalisé en 2015. Ce document propose les normes de comportements que tout le personnel du Groupe Santé Arbec sont maintenus de respecter dans les activités quotidiennes et leur relation avec les autres en fonction des valeurs de l'organisation. Le document précise le code éthique et les droits reconnus et les comportements attendus de la clientèle.

Cependant, on ne retrouve aucun élément concernant les questions éthiques, des questions qui peuvent toucher des sujets concernant à titre d'exemple le refus d'un résident de prendre son bain. Les questions peuvent aussi être d'un tout autre ordre par exemple un conflit au niveau des ressources humaines. De plus, considérant la mise en place des soins palliatifs et des soins de fin de vie, il y a des possibilités éventuelles d'avoir des questions en lien avec l'éthique et le multiculturalisme. Le GSA est encouragé à mettre par écrit une démarche lorsque la situation se présentera. Actuellement, s'il y a des questions éthiques et que l'organisation a besoin d'un avis éthique, le GSA achète les services d'un éthicien externe.

L'organisation ne réalise aucune activité de recherche. Selon des personnes rencontrées, il n'y a pas de formation concernant l'éthique ainsi qu'une démarche à suivre lorsqu'il se présente une question éthique. L'organisation est invitée à revoir le cadre éthique, le code éthique et le code de conduite et d'en faire une distinction avec l'apport du conseil d'administration et des résidents et famille.

On encourage le GSA de donner la formation à l'ensemble des collaborateurs, les médecins et les bénévoles, les comités de résidents, soit pour augmenter la compréhension des notions de l'éthique ou de permettre des échanges avec le personnel à l'aide d'une situation clinique, de faire un atelier pour s'approprier l'outil de situation de cas avec les infirmières-chefs concernées

Processus prioritaire : Communication

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

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

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

L'équipe de direction et le conseil d'administration ont bien identifié leurs partenaires stratégiques et les partenaires impliqués dans les divers services. Les membres de l'équipe de direction et leurs équipes collaborent de façon continue avec ces partenaires et s'assurent de faire les arrimages.

L'organisation dispose d'un plan de communication depuis 2015, avec un volet interne et externe. L'objectif étant à la fois de structurer les communications à l'intérieur de l'organisation, de renseigner les partenaires et de prendre en compte les besoins de la communauté dans le but de s'ajuster et de continuer à s'améliorer tout en étant souple et cohérent dans les informations communiquées.

L'organisation dispose d'un éventail d'outils tels que le site internet, les réseaux sociaux, le courrier électronique pour assurer une bonne communication dans l'organisation incluant les politiques et les procédures portant entre autres sur la gestion et l'utilisation de médias sociaux, la diffusion et l'affichage à l'interne. L'organisation est invitée à procéder à la mise à jour de ces politiques et à mettre en place un plan de communication concernant les priorités stratégiques de l'organisation. Le journal interne l'Interpôle Nord/Sud qui paraît quatre fois par année et les bulletins d'information viennent compléter la diffusion de l'information à l'interne. Plusieurs visuels sont très intéressants notamment : la mission, les valeurs et le Guide d'accueil du résident et de la famille. Un site web à jour et bien organisé concernant les informations permettant à tous de s'y référer, un site convivial tant pour le personnel que les résidents et les familles. Sur le site web, on retrouve un onglet d'informations spécifiques pour les résidents et les familles et un pour les bénévoles! Bravo.

Les politiques et processus pour accéder aux dossiers du résident sont sous l'égide de la direction des soins infirmiers. Il existe un processus de consignation de l'information dans les dossiers des résidents. Les résidents et la famille ont l'occasion de discuter des renseignements qui les concernent, de poser des questions et de formuler des commentaires. Ils sont informés de leur droit et du processus d'accès à l'information contenue dans leur dossier. Les installations visitées ne bénéficient pas d'un dossier patient informatisé. Un plan d'action 2019-2020 concernant la sécurité des actifs informationnels est en évolution.

L'information sur les guides de pratique, les pratiques exemplaires et les meilleures pratiques est fournie par les associations professionnelles comme l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) ou par des organismes gouvernementaux comme MSSS.

L'organisme a alloué des ressources au niveau des communications qui supportent bien sa mission et ses objectifs stratégiques. De plus, il s'en sert comme moyen pour donner un sens à l'action de toute son organisation et pour le transfert de connaissances.

Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

L'environnement physique est conçu de façon à favoriser le maintien de l'autonomie des résidents et à assurer leur sécurité en tout temps. Il est très bien entretenu, tous les locaux sont d'une propreté remarquable et les corridors sont bien dégagés. Il est noté que des contrôles de sécurité pour activer l'ouverture des portes sont installés aux entrées principales, aux ascenseurs et aux portes de sortie des unités de vie. Ceci permet d'éviter des fugues chez les résidents avec des atteintes cognitives.

Les aires de travail du personnel sont vastes sur les nouveaux sites CHSLD Émile McDuff et CHSLD des Moulins. Ils permettent de faciliter la manipulation des divers équipements par le personnel. Le CHSLD Heather possède toutefois des espaces fonctionnels. Les sondages de satisfaction dispensés auprès de la clientèle ainsi que les rencontres annuelles avec les familles permettent de recueillir des commentaires en lien avec l'environnement. Des plans d'action sont élaborés et actualisés dans une perspective d'amélioration continue du milieu de vie des résidents. Les lieux extérieurs sont aménagés de façon à permettre à la clientèle de profiter du beau temps lors de la saison estivale, en toute sécurité. Le CHSLD Heather bénéficie d'un site exceptionnel en bordure d'un lac.

Le comité paritaire de santé-sécurité au travail est très bien structuré et possède une équipe impliquée et mobilisée. Sur chaque site, des boîtes aux lettres permettent de recevoir des signalements liés à la sécurité ou des suggestions. Un programme d'entretien préventif et de maintien des actifs est existant et actualisé avec rigueur par les intervenants de l'entretien des installations. Ce programme comprend un ensemble de tâches à effectuer par les intervenants des centres ou encore par un partenaire externe avec qui l'organisation est liée par contrat de service. Une vigie sur le bon déroulement de ces actions est effectuée par les employés de maintenance, les gestionnaires de site et des ressources matérielles.

Concernant la réduction des impacts des organismes sur l'environnement, les établissements s'assurent d'effectuer la récupération du papier. Un projet d'approvisionnement en fruits et légumes d'origine locale a été élaboré. Le groupe a procédé à la réfection des toitures des établissements McDuff et des Moulins dans l'objectif de veiller à l'économie de la consommation d'électricité. De plus, le Groupe Santé Arbec tend à l'utilisation de produits de nettoyage « verts » non dommageables pour l'environnement.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
13.6 Les résultats des exercices sont utilisés pour réviser le plan en vue de sinistres ou d'urgences, au besoin.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le plan de mesures d'urgence est bien établi, structuré et disponible pour le personnel dans chaque centre. Il est structuré de façon à permettre une recherche rapide de l'information. La liste des résidents et de leur capacité à participer aux manœuvres d'évacuation est tenue à jour rigoureusement. Il serait pertinent d'y ajouter le nom de chacun des répondants afin de permettre un accès rapide à de l'information regroupée. Ceci, même s'il est prévu dans les tâches du personnel de sortir les dossiers en les regroupant dans une poche à linge. Les communications entre les membres de l'équipe en cas d'urgence sont facilitées grâce à un ensemble de « walkies-talkies » disponible près du plan. Les résidents et familles retrouvent de l'information en lien avec les mesures d'urgence dans le guide d'accueil, remis lors de l'admission.

Lors des entrevues, le personnel mentionne se sentir à l'aise d'intervenir face à un sinistre possible. Un des formateurs rencontrés a démontré toute sa passion et son dynamisme face à son rôle et à la qualité du contenu de la formation dispensée.

Les informations disponibles en cas de panne de type informatique ou électrique par exemple, dans un objectif de continuité des opérations, sont disponibles aux gestionnaires assurant la garde.

Des liens formels ont été établis avec les municipalités de chaque CHSLD concernant les services d'un technicien en prévention des incendies (TPI), dans le but de faire une tournée préventive et un exercice d'évacuation annuel. La municipalité fournit par la suite à chaque établissement un rapport mentionnant les bons coups et les correctifs à apporter. L'organisme est invité à harmoniser la façon de donner suite à ces correctifs, d'en consigner les données et de le traduire en plan d'action.

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Soins de longue durée	
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.	!

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

Les bonnes pratiques basées sur les données probantes préconisent les modèles où l'offre de services passe par la mise à contribution et l'apport du résident (son proche) comme réel partenaire dans la prise de décision des choix qui s'offre à lui.

Le GSA est une organisation dont les valeurs et la vision rejoignent l'approche de soins et services centrés pour les résidents. Les gestionnaires, employés et bénévoles portent tous très fièrement ces valeurs et cette vision autour de laquelle ils sont très engagés. Toutes les personnes rencontrées ont un grand souci de prodiguer et faire participer le résident et sa famille dans la prestation de soins et services centrée sur les personnes. Bravo!

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)



Le cheminement de la clientèle est un travail de collaboration entre les établissements demandeurs et harmonisé pour l'ensemble des établissements du Groupe Santé Arbec. L'organisation utilise l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC), un mécanisme en amont permettant d'analyser l'accessibilité aux services en examinant les processus au début et à la fin des services, soit par des questions à titre d'exemple, quand le résident quitte le service, avec quelle rapidité un autre peut-il prendre sa place? Quand un résident est prêt à aller dans un autre service ou un autre organisme, le transfert se fait-il rapidement ? Un processus de gestion de cheminement de la clientèle est en place. Les diverses étapes sont écrites et ce, à partir de l'admission, la collecte d'informations, la rencontre dans 4 à 6 semaines pour la rencontre interdisciplinaire et la complétion du plan d'intervention individuel qui est un outil essentiel de concertation découlant de l'analyse des besoins et des capacités du résident, d'où l'importance de la présence du résident et la famille.

Le cheminement de la clientèle se fait de façon fluide et selon les personnes rencontrées accède rapidement aux prestataires de services. L'organisation a le souci de bien répondre à sa clientèle. Il est intéressant de voir la convergence des actions vers des objectifs communs et l'harmonisation du processus pour le Groupe Santé Arbec.

On retrouve plusieurs Indicateurs de qualité et de sécurité. Les résultats sont présentés au comité de direction et au conseil d'administration. Par la suite, aux gestionnaires et au personnel des secteurs d'activités. Le personnel réalise des sondages à la suite d'un départ (décès ou transfert dans un autre établissement). Bravo! Une équipe engagée, motivée et mobilisée.

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 – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
9.7 Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en oeuvre. 9.7.2 Il y a des rapports d'entretien préventif pertinents. 9.7.3 Un processus est en place pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.	 PRINCIPAL SECONDAIRE
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers	
10.9 Dans les cas où le nettoyage, la désinfection et la stérilisation de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux réutilisables sont confiés à des fournisseurs externes, l'organisme évalue régulièrement la qualité des services fournis.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Un programme d'entretien préventif et de nettoyage des équipements et appareils médicaux est présent et bien structuré. La séquence des activités préventives et de nettoyage est planifiée et un registre est tenu. La rigueur dans la consignation des données reste cependant à consolider. Ce programme comporte des ententes contractuelles avec des secteurs privés concernant l'entretien préventif de certains équipements tels que les lève-personne ou les concentrateurs à oxygène. Un contrat de nettoyage des fauteuils roulants a été conclu récemment au CHLSD des Moulins. L'objectif final est de libérer les préposés aux bénéficiaires de cette tâche et de leur permettre de se concentrer aux soins d'assistance aux résidents. Si ce projet fonctionne bien, il sera possiblement étendu aux autres centres. Les rôles et tâches de tous les acteurs impliqués sont bien définis et connus. L'organisme est invité à analyser les processus qui pourraient lui permettre d'évaluer l'efficacité de son programme et des services fournis par les partenaires externes.

Aucune stérilisation des instruments médicaux n'est effectuée sur place. L'utilisation de matériel à usage unique et jetable est préconisée en tout temps.

La dilution des produits est exécutée par un appareil de dosage automatique, vérifié à intervalle régulier par une compagnie externe. Ceci assure l'utilisation de produits dont la concentration permet une efficacité optimale. Les cartables de fiches signalétiques SIMDUT sont disponibles au personnel, une formation a été dispensée aux acteurs concernés et les divers contenants sont bien identifiés. Les zones

souillées et propres sont très bien signalées et sécurisées, afin que les résidents ou familles n'y aient pas accès.

Des liens sont établis avec le comité de gestion des risques et de santé et sécurité au travail, avec la perspective d'identifier toutes les problématiques liées à l'utilisation des divers équipements et d'amener des correctifs, lorsque requis.

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	
1.5 Une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés a été établie et mise en oeuvre.	

1.5.7	Le respect de la « liste d'éléments à proscrire » est vérifié et des changements sont apportés aux processus en fonction des problématiques cernées.	SECONDAIRE
3.1	L'accès aux aires d'entreposage des médicaments est réservé aux membres de l'équipe autorisés.	!
3.5	Les aires d'entreposage des médicaments sont conformes à toutes les exigences des lois et des règlements applicables en matière de médicaments contrôlés.	!
22.1	Les équipes sont informées de l'importance de déclarer les réactions indésirables aux médicaments à Santé Canada, et du rôle qu'ils jouent dans la déclaration de cette information, plus particulièrement en ce qui concerne les réactions imprévues ou graves à des médicaments récemment mis sur le marché.	
22.2	Les équipes reçoivent de l'information sur la façon de détecter les réactions indésirables aux médicaments et de les déclarer au Programme Vigilance de Santé Canada.	

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

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

Un contrat de service bien établi est en vigueur depuis quelques années avec le groupe santé Cardinal. Plusieurs politiques et procédures, qui encadrent tout le circuit du médicament, sont rédigées et disponibles au personnel. Ces dernières améliorent grandement la sécurité reliée à ce processus. Des formations sur le circuit du médicament ont été dispensées au personnel par la pharmacie Cardinal lors de la conclusion de l'entente de service en 2016. Très récemment, une formation, mise sur pieds par l'établissement, a été donnée aux infirmières et infirmières auxiliaires. Chaque bloc de formation se terminait par des mises en situation afin de valider les connaissances acquises. Il serait opportun d'informer les équipes de la pertinence de déclarer les réactions indésirables aux médicaments à Santé Canada ainsi que de la façon de procéder.

Un comité de gestion des médicaments était en place jusqu'à tout récemment. La forme actuelle du comité est maintenant modifiée pour un modèle plus élargi, qui est responsable de divers aspects dont entre autres ce processus. Selon les sujets traités, ce comité invite au besoin les divers acteurs requis et lorsque pertinent, des liens sont faits avec le CMDP pour discussion et prise de décision. Chaque gestionnaire de site, déléguée par la conseillère clinique en soins infirmiers, est nommée responsable dans son établissement du processus de gestion de la médication. Le suivi des accidents et incidents en lien avec le circuit des médicaments est effectué. Les rapports sont transmis à la pharmacie lorsque jugés pertinents. Toutefois, le partenaire a fait la mention être intéressé à recevoir la totalité de ces rapports, afin de contribuer à la recherche de solutions. Un plan d'amélioration du circuit du médicament a été conçu et est en actualisation.



Les aires d'entreposage des médicaments sont sécuritaires et organisées de façon fonctionnelle afin d'éviter toute confusion, de faciliter le travail des intervenants, de tenir à jour l'inventaire et ainsi d'avoir accès à des médicaments requis en urgence. La pharmacie est ouverte sept jours sur sept et offre une couverture de garde jusqu'à 20 h. Des médicaments, qui ne seraient pas offerts dans les armoires d'urgence, peuvent donc être livrés à chaque centre en temps voulu. Par la suite, la couverture est assurée par l'équipe médicale. La distribution de la médication observée sur l'unité est faite à l'aide d'un chariot fonctionnel, verrouillable et gardé sous surveillance constante. Le décompte des narcotiques est réalisé et consigné en début et fin de quart de travail. Certains médicaments nécessitant d'être réfrigérés sont entreposés dans un réfrigérateur au poste de garde des CHSLD Émile Mc Duff et des Moulins, qui peut être accessible aux membres non autorisés de l'équipe. Dans un de ces réfrigérateurs se trouve de l'Ativan injectable qui se trouve dans la catégorie des opiacés. L'établissement est invité à analyser une façon de parfaire la sécurité à ce niveau.

Le respect de la liste des abréviations, symboles et désignations de doses ne devant pas être utilisés, n'est pas vérifié par un processus établi permettant de mesurer le niveau de conformité des dossiers. L'établissement est invité à mettre en place un processus formalisé sur ce sujet. Le bilan comparatif du médicament est fait à l'admission, aux points de transition et au départ du résident, dans l'optique de déterminer le meilleur schéma thérapeutique possible. Cette pratique organisationnelle requise fait l'objet d'une évaluation de son niveau de conformité.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	
7.3 Des politiques et des procédures sont en place concernant la bonne façon d'utiliser l'équipement de protection individuelle.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	
<p>Des politiques, programmes, procédures et algorithmes divers encadrent la prévention et le contrôle des infections. Ces documents sont mis à jour en utilisant les lignes directrices et les données probantes. Des liens systématiques sont faits avec la santé publique du CISSS via la tenue d'un comité conjoint. Un comité de prévention et contrôle des infections regroupant les trois CHSLD est en place. L'équipe interdisciplinaire le composant est très proactive et représente l'ensemble des secteurs d'activités. Cette participation interdisciplinaire amène une grande richesse dans la création des activités de sensibilisation ou de mesure de type audits. Entre autres, il convient de mentionner les belles activités de sensibilisation concrètes d'hygiène des mains et de l'utilisation de l'équipement de protection individuel (EPI), effectuées auprès des divers acteurs concernés, en collaboration avec l'équipe « Abeilles ». Un plan d'amélioration a été élaboré et est en actualisation. Ce dernier prévoit la complétion de certaines procédures manquantes telles que l'utilisation de l'équipement de protection individuel (EPI) et la révision de plusieurs autres politiques et procédures. L'organisme est félicité et invité à poursuivre en ce sens.</p> <p>Un plan de surveillance est établi à l'aide d'indicateurs pertinents. Ces derniers sont suivis avec rigueur et analysés au comité de prévention et contrôle des infections régulièrement. La culture de la mesure est bien présente dans ce comité. L'organisme est invité à réfléchir à la façon de systématiser la diffusion des résultats des audits au personnel clinique, aux résidents, familles et bénévoles.</p> <p>Les rôles et tâches des employés sont bien déterminés selon les diverses situations possibles soient : dépistage des résidents, gestion des éclosions, transport de matériel souillé, de déchets biomédicaux, etc.</p> <p>L'environnement de chaque CHSLD est d'une propreté impeccable et la désinfection est effectuée avec rigueur. La présence de chambres individuelles disponibles pour une majeure partie de la clientèle est un atout indéniable dans la prévention et le contrôle des infections. Les trois services alimentaires sont d'une propreté remarquable et le suivi du bon fonctionnement des divers équipements est effectué avec rigueur. Le personnel effectue régulièrement l'hygiène des mains et est rigoureux sur le port du filet. Des contrôles de qualité de l'environnement dans ces services sont effectués.</p>	

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
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.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
9.2 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 9.2.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	 PRINCIPAL
9.19 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 9.19.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	 SECONDAIRE
11.1 Des politiques et procédures pour les ADBD sont élaborées avec l'apport des résidents et des familles.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Leadership clinique**

L'information recueillie par les divers sondages de satisfaction dispensés auprès de la clientèle est mise à profit afin de réaliser des actions d'amélioration continue du milieu de vie. La création et le suivi de ces plans d'action sont effectués avec l'apport des comités de résidents et milieu de vie de chaque centre. Les rencontres de famille tenues par la direction annuellement sont également des sources appréciables de commentaires permettant de diriger les activités d'amélioration continue.

Les liens étroits avec les comités de résidents permettent l'identification de préoccupations recueillies de façon informelle auprès des résidents et des familles. Le personnel d'encadrement en est saisi et peut ainsi procéder à l'application des mesures correctrices requises.

L'établissement est encouragé à poursuivre ces pratiques qui lui permettent de travailler activement à répondre aux besoins réels de sa clientèle en termes de qualité, sécurité et de milieu de vie.

L'organisme a également pris les moyens requis pour compléter son offre de services à la clientèle en développant des partenariats avec le CISSS de sa région ou par entente privée; pour certains secteurs d'activités telles que la physiothérapie, la massothérapie, l'ergothérapie, les soins de pieds ou la gestion de symptômes psychologiques et comportementaux complexes.

La pochette d'accueil du résident et de sa famille est très complète. Le tableau d'informations destinées aux familles, situées à l'entrée de chacune des résidences, permet de communiquer de façon régulière les éléments survenant en cours de séjour.

Processus prioritaire : Compétences

L'organisation a très bien structuré le programme d'orientation des employés. Des grilles d'entraînement à la tâche sont disponibles pour tous les titres d'emploi et ce processus est très apprécié par les nouveaux employés rencontrés.

L'établissement présente une grande variété de formations disponibles afin de permettre aux intervenants de développer leurs compétences et ainsi d'implanter les meilleures pratiques auprès de la clientèle. Il serait pertinent d'y ajouter une formation sur la façon de déceler et résoudre les conflits d'ordre éthique. Il est encouragé à poursuivre dans cette voie. Plusieurs formations sont également dispensées sous forme de capsules de quinze minutes sur chaque quart de travail et des activités de consolidation sont également effectuées. Cette excellente pratique permet de rejoindre un grand nombre d'employés, en ne

nécessitant aucune libération de personnel et en favorisant la rétention des connaissances.

Une approche collaborative et interdisciplinaire impliquant le résident et sa famille est utilisée. Les membres de l'équipe présentent un bel esprit d'entraide afin de répartir la charge de travail équitablement entre eux. L'équipe est encouragée à poursuivre l'intégration de ses compétences de collaboration et à développer des moyens pour apprécier son fonctionnement afin d'améliorer ses pratiques.

Les activités de reconnaissance appliquées par l'organisation sont appréciées des équipes. Ces initiatives sont à poursuivre

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le résident et sa famille sont accueillis au sein d'un milieu où les membres de l'équipe adoptent une attitude chaleureuse, respectueuse, empathique et empreinte de transparence. Les divers intervenants se montrent engagés et dédiés au bien-être de la clientèle. Les familles se disent satisfaites des soins et services offerts et de la qualité des relations interpersonnelles. Elles sont encouragées à prendre une part active dans la vie de leur parent.

L'accueil du résident et de sa famille est bien structuré et facilite l'adaptation au nouveau milieu de vie. Le préposé accompagnateur est connu dès l'arrivée et établit une relation de confiance avec le résident et sa famille. Une affichette plastifiée qui présente le préposé accompagnateur, sa photo est installée à la tête du lit. Cette idée créatrice est à souligner. Cette approche nouvelle est bien connue des membres du personnel. Ils sont valorisés par ce nouveau rôle. L'histoire de vie du résident est présente dans le cartable de travail des préposés et affichée au mur de la chambre du résident afin de faciliter les interventions auprès du résident.

L'autonomie du résident est stimulée par les membres du personnel, durant les différentes étapes de son séjour au centre. Un groupe de marche est présent, l'approche est documentée et diffusée aux familles. Le milieu de vie offre aux résidents des activités de loisirs et spirituelles enrichissantes créant un milieu animé et agréable. Plusieurs partenariats sont établis avec des membres ou organismes de la communauté. La salle multisensorielle du CHSLD Heather, « le Jardin d'Étoiles » est remarquable et apprécié des résidents. Un partenariat communautaire permet la tenue de séances accompagnées et dirigées par un intervenant compétent pour certains résidents en présentant le besoin. Le salon « Aquarium » du CHSLD Émile McDuff est un endroit remarquable de détente et de stimulation pour les résidents; créé grâce à un partenariat communautaire et celui de plusieurs résidents. Un salon « Chalet » est en planification.

Les repas se prennent dans une ambiance familiale et unifiante, en salle à manger, avec un service sur place stimulant l'appétit par ses odeurs et favorisant les choix des résidents au moment même de l'activité.

L'équipe adopte une approche collaborative et interdisciplinaire. La notion d'entraide est présente au sein

de l'équipe. Elle intègre le résident et sa famille dans la conception des plans de soins et services interdisciplinaires et individualisés, qui sont réalisés à l'admission et révisés à intervalle régulier.

Le processus de gestion de la douleur mis en œuvre est bien connu des ressources humaines et rigoureux. Il est à souligner pour son excellence. Un processus d'évaluation des besoins du résident en soins palliatifs et fin de vie est en place et est multidisciplinaire. L'établissement est invité à réfléchir à la possibilité d'enrichir cette démarche par une rencontre d'équipe interdisciplinaire, avec la famille, et à la consigner au dossier sur un plan d'intervention interdisciplinaire.

L'organisme a déployé plusieurs meilleures pratiques concernant la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence, la détection des situations possibles de maltraitance, la prise en charge des résidents à risques suicidaires et la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. Il est encouragé à poursuivre la consolidation de ces diverses approches.

Des outils facilitant le partage de l'information aux points de transition sont existants et utilisés de façon pertinente par le personnel. Toutefois, il n'y a pas de processus qui permet d'évaluer l'efficacité de ces communications. L'établissement est invité à réfléchir à un moyen afin d'obtenir une rétroaction sur ce processus.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme a élaboré des politiques, programmes ou protocoles qui supportent adéquatement le personnel clinique dans la prise de décision. Les formulaires sont harmonisés pour les trois centres visités. Plusieurs outils d'évaluation normalisés sont utilisés et présents systématiquement dans le dossier du résident. Parmi ceux-ci, on compte l'évaluation de la condition physique et mentale, le dépistage des risques de chute, l'échelle de Braden, Bertess, et Doloplus ; qui permet à l'équipe de cerner les problématiques, d'en analyser les causes et de rendre des décisions cliniques plus centrées sur les besoins réels du résident. L'infirmière refait aux trois mois ou au besoin l'évaluation de la condition physique et mentale et diverses autres évaluations parmi celles nommées ci-haut. Cette pratique d'excellence est à souligner.

Selon la pertinence, des outils sont disponibles tels que la grille d'observation des symptômes psychologiques et comportementaux liés à la démence, la grille d'évaluation clinique préalable à une mesure de contrôle, la grille de suivi post-chute, etc. Ces divers outils permettent à l'équipe de collecter les informations requises pour appuyer leur prise de décision clinique en regard des interventions à poser et de la surveillance à mettre en place.

Le dossier du résident est très bien structuré, la recherche de l'information en est grandement facilitée. L'information est à jour, complète et obtenue en partenariat avec le résident et la famille. Des plans d'interventions interdisciplinaires sont présents dans tous les dossiers et sont mis à jour de façon régulière. La présence des membres de famille ou du résident à ces rencontres interdisciplinaires est notée sur les plans. Des audits sur le contenu du dossier du résident sont effectués, analysés et permettent de cibler des pistes d'amélioration.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Plusieurs indicateurs de qualité sont suivis périodiquement et analysés afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et services dispensés au résident. Ces indicateurs se présentent sous diverses formes telles que par exemple: le nombre de plaies de pression, mesures de contrôle, chutes, les avancées des plans d'action à la suite des visites ministérielles, les compilations des résultats des sondages de satisfaction et d'audits. Un tableau d'indicateurs « SSPA », soit le suivi systématique post-admission, est un outil qui permet aux gestionnaires de s'assurer que toutes les évaluations et interventions à la suite de l'admission d'un résident sont effectuées. Cet élément est digne de mention. L'établissement est encouragé à poursuivre l'implantation de cette culture de la mesure et à la structurer de façon à en faciliter le suivi.

Les incidents liés à la sécurité des résidents sont déclarés et divulgués selon la politique en vigueur et consignés dans le dossier du résident. Ils sont analysés pour apporter des améliorations. Cette culture de déclaration/divulgation est bien implantée en CHSLD et l'organisme est encouragé à la renforcer.

Résultats des outils d'évaluation

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

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

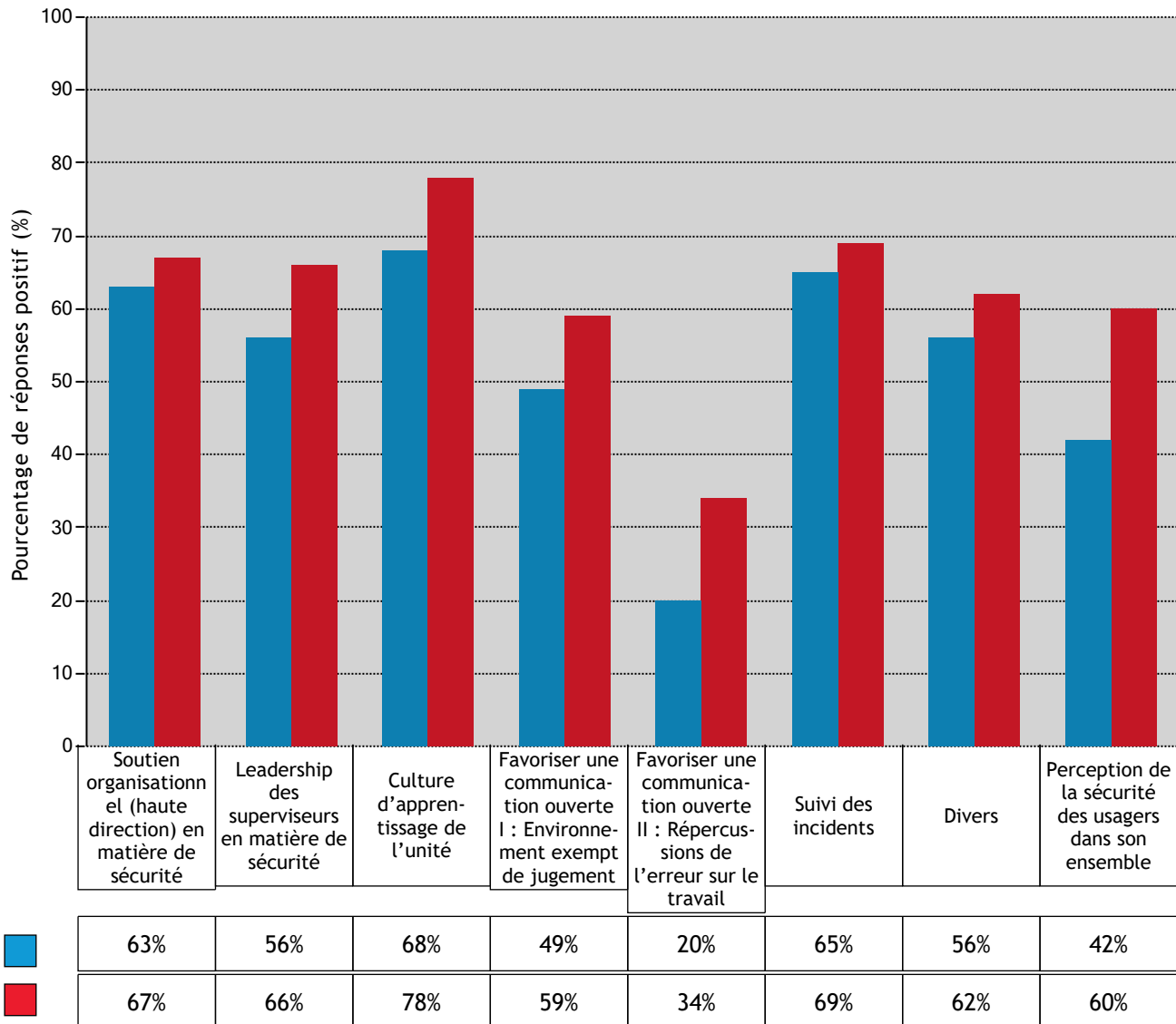
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- **Période de collecte de données : 28 avril 2019 au 8 juin 2019**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 199**
- **Nombre de réponses : 199**

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



Légende

- Groupe Santé Arbec
- * 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 2019 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

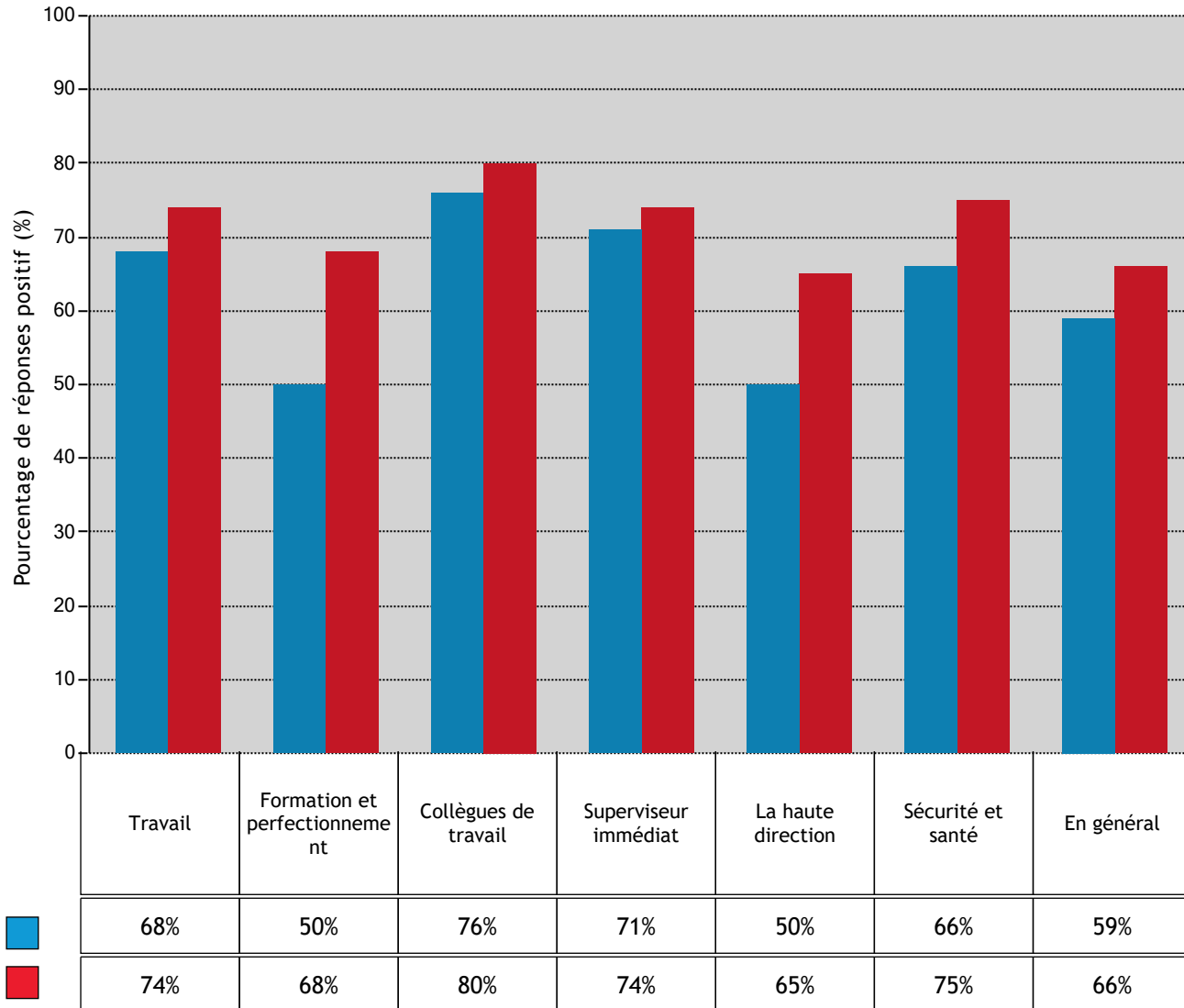
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 : 25 février 2019 au 31 mars 2019**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 199**
- **Nombre de réponses : 239**

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



Légende

- Groupe Santé Arbec
- * 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 2019 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

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.

Annexe B - Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
Soins de santé centrés sur les personnes	Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.