



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

CHSLD Valeo Inc

St-Lambert, QC

Dates de la visite d'agrément : 12 au 14 février 2018

Date de production du rapport : 27 février 2018

Au sujet du rapport

CHSLD Valeo Inc (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en février 2018. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Un mot d'Agrément Canada

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire	1
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
Résultats détaillés de la visite	11
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	12
Processus prioritaire : Gouvernance	12
Processus prioritaire : Planification et conception des services	14
Processus prioritaire : Gestion des ressources	15
Processus prioritaire : Capital humain	16
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	17
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	19
Processus prioritaire : Communication	20
Processus prioritaire : Environnement physique	21
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	22
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	23
Processus prioritaire : Cheminement des clients	24
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	25
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	26
Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	26
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	28
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	29
Résultats des outils d'évaluation	32
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	32
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	36
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	38

Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	40
Commentaires de l'organisme	41
Annexe A - Programme Qmentum	42
Annexe B - Processus prioritaires	43

Sommaire

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

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

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

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

Décision relative au type d'agrément

CHSLD Valeo Inc a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé avec mention d'honneur

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 12 au 14 février 2018**

- **Emplacement**

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

1. CHSLD Valeo inc.

- **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. Gouvernance
3. Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers
4. Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers

Normes sur l'excellence des services

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









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires
3. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
4. Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	21	0	1	22
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	10	0	0	10
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	141	1	10	152
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	48	2	0	50
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	74	1	0	75
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	8	0	0	8
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	207	6	10	223
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	19	0	1	20
Total	528	10	22	560

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
Gouvernance	49 (98,0%)	1 (2,0%)	0	34 (97,1%)	1 (2,9%)	1	83 (97,6%)	2 (2,4%)	1
Leadership - Petits organismes de santé extra-hospitaliers	38 (97,4%)	1 (2,6%)	1	66 (95,7%)	3 (4,3%)	1	104 (96,3%)	4 (3,7%)	2
Prévention et contrôle des infections - Organismes extra-hospitaliers	27 (100,0%)	0 (0,0%)	7	47 (100,0%)	0 (0,0%)	0	74 (100,0%)	0 (0,0%)	7
Gestion des médicaments - Organismes extra-hospitaliers	46 (100,0%)	0 (0,0%)	6	50 (98,0%)	1 (2,0%)	1	96 (99,0%)	1 (1,0%)	7
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	213 (98,6%)	3 (1,4%)	15	293 (97,7%)	7 (2,3%)	4	506 (98,1%)	10 (1,9%)	19

* 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
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Identification des usagers (Soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

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			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	6 sur 6	2 sur 2
Programme d'entretien préventif (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1

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

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Commentaires généraux

Le CHSLD Valeo est un centre privé d'hébergement de soins de longue durée disposant de 94 lits à son permis dont 34 de ces lits sont utilisés par la clientèle admise directement au CHSLD. Le reste des lits sont occupés par entente de service avec le Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre. Cette dernière clientèle, considérée en transit reçoit principalement des soins de convalescence et de réadaptation ou est en attente d'un hébergement public. Le CHSLD Valeo, est une entité appartenant à la Division Santé Valeo, qui relève avec deux autres partenaires du Groupe Santé Sedna. L'édifice, construit en 2011, offre un environnement adapté aux besoins de la clientèle. Il est propre et sécuritaire. Les corridors sont larges et dégagés. On retrouve des chambres privées avec toilette et douche individuelle. Au moment de notre visite, certaines chambres privées avaient été temporairement doublées afin de répondre à une demande accrue de service de la part du CISSS de la Montérégie-Centre.

- Le conseil d'administration et la direction;

Les membres du conseil d'administration possèdent une très grande expertise en matière de la gestion administrative en soins de longue durée. Soucieux d'offrir des soins et des services de haute qualité, ces derniers suivent rigoureusement les rapports trimestriels de gestion des risques et de la qualité.

Les rôles et les responsabilités des membres du conseil d'administration et des membres de la haute direction sont connus et respectés. Les membres rencontrés ont su nous démontrer leur dynamisme et leur rigueur de la gestion administrative de même que leur engagement à agir comme le gardien de la qualité et de la sécurité des soins et des services.

- La communauté et les partenariats établis avec celle-ci;

Compte tenu de la mission et du partenariat avec le CISSS, les liens avec la communauté sont plutôt restreints. Des partenariats avec des maisons d'enseignement permettent l'accueil de stagiaires dans différentes disciplines.

L'organisme est invité à regarder la possibilité de s'adjoindre une équipe de bénévoles favorisant ainsi la création ou le maintien de liens avec la communauté locale

- La dotation en personnel et la qualité de vie au travail;

Au cours des derniers mois, l'établissement a vécu un départ massif de personnel (principalement du côté des PAB), en raison d'ajout budgétaire dans le réseau public en vue de l'instauration d'un deuxième bain par semaine pour les résidents en CHSLD public. C'est dans ce contexte que l'organisme s'est vu dans l'obligation de recourir plus aux agences privées.

Proactif, des mesures d'attraction et de rétention (mesures qui se sont avérées gagnantes dans d'autres installations) ont été identifiées, l'organisme envisage leur implantation au cours des prochaines semaines.

Malgré la pénurie de PAB, le personnel rencontré lors de la visite, nous ont fait part d'un fort sentiment d'appartenance et de fidélité à l'organisation.

Au regard de la qualité de vie au travail, l'organisme se dit ouvert à procéder à des adaptations d'horaire de travail afin de faciliter le maintien d'un certain équilibre entre le travail et la vie privée.

Des formations de mises à jour et de perfectionnement portant sur divers thèmes sont offertes régulièrement au personnel ainsi qu'un programme d'orientation pour les nouveaux embauchés. Des évaluations de rendement du personnel sont effectuées annuellement et des activités de reconnaissance sont également en place.

- La prestation des soins et services;

Les équipes de soins sont dévoués et engagés auprès de la clientèle âgée avec un souci à l'égard de la qualité des soins et services dispensés. L'arrivée d'une infirmière praticienne spécialisée à temps plein en novembre 2017 est très

apprécié de la part du personnel et des résidents rencontrés. L'organisation est félicitée pour cette initiative innovante visant à assurer une présence et prise en charge rapide des résidents selon leur état de santé lors de la découverte médicale et un suivi étroit.

L'acquisition d'une douche mobile au lit (RUBI) favorise les soins d'hygiène complet pour certains résidents en assurant une sécurité des soins lorsque le transfert et le déplacement du lit ne sont pas recommandés.

Le résident et sa famille exercent un rôle de partenariat avec l'équipe interdisciplinaire dans toutes les décisions prises à l'égard de leur santé pour un plan de soins individualisé répondant à leurs besoins, intérêts et désirs.

- La satisfaction des clients.

L'organisme a réalisé un sondage sur la satisfaction de la clientèle qui révèle que celle-ci est majoritairement satisfaite de l'ensemble des services. Des éléments ont été relevés en regard des activités de loisirs et des actions ont été mises en place en collaboration avec le comité milieu de vie.

Les membres de familles rencontrés expriment aussi leur satisfaction en lien avec la disponibilité du personnel, la facilité de communiquer avec eux et la souplesse de la direction à adapter les services selon les besoins.

Le personnel rencontré a démontré leur souci d'informer les familles et d'en faire un acteur important dans la réponse aux besoins de leurs proches. Cependant, des éléments d'amélioration continue sont très certainement à regarder par la direction en lien la température des repas.

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.

Veuillez 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 : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

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

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

Le conseil d'administration est composé de six (6) membres possédant une très grande expertise en matière de gestion administrative de soins de longue durée. A ce jour, il n'y a pas de représentant des usagers sur le Conseil d'administration. Les administrateurs sont invités à voir la possibilité d'assurer une représentativité clientèle au sein de son conseil; un représentant des usagers ayant comme préoccupation première l'organisation et la dispensation directe de l'offre de soins et services offerts.

Chacun des membres assurent la mise à jour de ses compétences par des formations soit individuelle ou d'équipe. Toutes les formations individuelles sont répertoriées et connues de l'ensemble des membres.

L'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration est effectuée à la fin de chacune des rencontres. Il n'y a pas d'évaluation individuelle effectuée par le président du CA.

Les enjeux et les défis stratégiques sont identifiés et connus des membres. La planification stratégique 2016-2018 est accompagnée d'un plan opérationnel qui est suivi via le rapport transmis périodiquement par la direction générale. Les membres rencontrés disent recevoir toute l'information requise favorisant la prise de décision éclairée.

Le comité de vigilance et de la qualité des services est présidé par le président du conseil. Des données informationnelles) via le rapport trimestriel de gestion des risques sont présentés sur une base trimestrielle.

Dans ce contexte, La direction est invitée à intégrer les données du rapport dans un tableau de bord suivi de gestion avec un regard rétrospectif. Des fiches indicateurs décrivant de façon précise la teneur des

données transmises devraient également être complétées (en référence ici aux données concernant les mesures de contrôle, discuté au cours de notre rencontre avec les administrateurs).

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)

La planification stratégique 2016-2018 a été élaborée et adoptée après consultation avec les principaux partenaires impliqués. Les données populationnelles ont été et sont accessibles principalement via le réseau local de service (CISSS de la Montérégie-centre). La planification stratégique s'accompagne d'un plan d'action annuellement qui est revu et adapté au besoin du moment avec l'accord des administrateurs.

La mission et les valeurs organisationnelles sont connues des différents acteurs du milieu. Les commentaires des résidents et des familles sont pris en compte et lorsque possible les améliorations souhaitées sont mises en oeuvre.

La planification des soins et des services est encadrée par de multiples documents clinico- administratifs visant l'harmonisation des façons de faire du personnel des différents niveaux hiérarchiques.

L'organisme remet à chaque résident au moment de l'admission un guide d'accueil présentant l'ensemble des services et des ressources mis à leur disposition. Une copie du code d'éthique en vigueur dans l'établissement leur est également remis à l'admission.

Le suivi des activités est effectué principalement par la direction des opérations et le comité de direction. Les informations sont transmises trimestriellement au comité de vigilance et de la qualité après une analyse rigoureuse des situations observées. Dans ce contexte, l'organisme est invité à regrouper dans un tableau de bord de suivi de gestion l'ensemble des données recueillies avec un regard de suivi évolutif dans le temps. L'organisme est également invité à définir les informations qu'elle désire suivre et à compléter pour chacune d'entre elles une fiche-indicateur de suivi.

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)

Un cycle de planification financière est en place sur une base annuelle. La planification est préparée par la direction des opérations et transmises à la direction financière du groupe « Division Santé Valéo » qui valide son contenu et s'assure d'un suivi mensuel auprès des gestionnaires de l'organisme. Le tout étant présenté sur une base trimestrielle au Conseil d'administration du CHSLD.

Dans le respect du budget autorisé, une certaine marge de manœuvre est laissée à la discrétion des gestionnaires. Il est possible d'effectuer des réallocations de ressources tout au cours de l'exercice financier annuel.

Un budget d'immobilisation et un budget de maintien des actifs sont également préparés et présentés pour adoption au Conseil d'administration. Selon les besoins identifiés et les urgences immobilières qui peuvent survenir au cours de la période financière, ces budgets planifiés pourraient au besoin faire l'objet d'un communiqué.

Au cours de la prochaine année, l'organisme a planifié la production informatisée des indicateurs de suivi de gestion en ressources humaines et financières. Actuellement, plusieurs informations sont colligées manuellement, ce qui implique par le fait même une certaine lourdeur dans la collecte d'information, l'analyse et le suivi. L'organisme est encouragé à mettre son projet d'informatisation de données

Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
2.5 Des stratégies sont élaborées dans le but d'aider les membres de l'équipe à prendre en charge leur santé.	!
10.11 Une entrevue de départ est proposée à l'ensemble des membres de l'équipe qui quittent l'organisme.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Un plan de développement en ressources humaines (PDRH) a été adopté par le Conseil d'administration. En plus de comporter l'ensemble des éléments requis dans un PDRH, on y retrouve une section visant la gestion des talents au sein de l'organisation. Des exemples de reconnaissance de l'expertise interne nous ont été présentés.

Les dossiers des employés sont complets et conservés de façon à préserver la confidentialité des données qui s'y archivent. On retrouve également dans le dossier du personnel, les formations en cours d'emploi, les évaluations annuelles de l'appréciation à la contribution, de même que les différents permis de pratique.

On retrouve une politique écrite sur la prévention de la violence en milieu de travail. De la formation et de l'information ont permis d'en faire une diffusion dans l'ensemble de l'installations.

Les résultats du sondage Pulse sur la qualité de vie au travail ont fait l'objet d'une diffusion auprès du personnel de l'organisme. Un plan d'action a été mis en place en lien avec les résultats jugés défavorables.

Beaucoup d'effort sont consentis au sein de l'organisme pour instaurer une culture d'équilibre travail-vie privées. Des adaptations d'horaire peuvent et sont effectuées lorsque la qualité et la sécurité des services sont respectées. Il n'y a pas de programme d'aide (structuré) aux employés (PAE).

Au niveau du recrutement, l'organisme connaît actuellement des difficultés d'attraction et de rétention. Des pistes de solutions sont envisagées dans un regard visant à minimiser le recours au service d'agences de personnel. C'est dans ce contexte que des partenariats avec des écoles d'enseignement ont été développés favorisant ainsi l'accueil de stagiaires

Différentes activités de reconnaissance au regard de la contribution du personnel aux activités de soins et services ont cours dans l'organisation.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
12.3 Des politiques et des procédures pour la sélection et la négociation des services contractuels sont élaborées et mises en oeuvre.	
12.4 La qualité des services contractuels est évaluée.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'organisme démontre une volonté d'implanter une culture de sécurité et d'amélioration continue. Des membres du personnel sont impliqués au sein des différents comités en place et l'ensemble des professions est représenté.

La sécurité des usagers est très présente au sein des membres du personnel. Au-delà des politiques et procédures, les processus cliniques sont orientés vers une évaluation des besoins de la clientèle et de la gestion des risques par la mise en place de mesure pour assurer la sécurité des usagers.

L'équipe soignante discute, à l'intérieur de rencontres planifiées, des enjeux de sécurité en lien avec les besoins de la clientèle. La contribution de tous les membres de l'équipe favorise un travail en interdisciplinarité.

Nous encourageons l'organisme à continuer ses actions afin de poursuivre le développement d'une culture d'amélioration continue. Une démarche d'intégration des différents plans d'action permettrait un suivi plus global sur l'ensemble des indicateurs liés à la gestion des risques et de l'amélioration continue.

L'élaboration d'un tableau de bord en temps réel faciliterait selon nous la disponibilité des indicateurs aux équipes dans un objectif de partager la responsabilisation et la recherche de solutions innovantes.

Les commentaires reçus des familles rencontrées permettent de constater que le personnel est disponible, engagé et à l'écoute des préoccupations.

Le comité des résidents est inexistant, le recrutement demeure un défi. Toutefois l'organisme a mis en place des mesures alternatives en organisant des assemblées des résidents et des membres de famille sur une base trimestrielle. Ces rencontres permettent à la direction de transmettre de l'information et d'échanger avec les résidents et les familles sur leurs préoccupations. Nous encourageons l'organisme à poursuivre ses actions en ce sens et ainsi demeurer à l'écoute des besoins.

L'organisme a mis en place des mesures afin de faire évoluer la culture de non blâme. Des efforts ont été déployés auprès du personnel par des formations et des mesures d'accompagnement dans la gestion des incidents-accidents. Le personnel rencontré semble à l'aise de déclarer les événements sans crainte de représailles. Le processus de gestion des incidents-accidents est connu et appliqué et l'information est transmise aux membres des familles.

L'utilisation d'un équipement spécialisé pour les soins au lit facilite le travail du personnel et répond mieux aux besoins de la clientèle pour les soins d'hygiène. L'organisme s'est doté d'un équipement performant et s'est inspiré des meilleures pratiques en matière de soins d'hygiène. Nous encourageons l'organisme à s'inspirer des données probantes dans l'organisation de ses services

On ne retrouve pas de politiques et de procédures pour la sélection et la négociation des services contractuels. On constate toutefois qu'il y a un processus existant pour établir des contrats avec différents partenaires ou agences. Nous encourageons l'organisme à formaliser la négociation des contrats par l'élaboration d'une politique en y incluant les critères d'évaluation.

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

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

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

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

Un cadre de référence en matière d'éthique a été adopté par la direction générale. Le cadre inspiré des valeurs organisationnelles définit clairement les principes d'actions éthiques privilégiés de même que la philosophie de gestion et d'intervention au regard des soins et des services offerts.

Il n'y a pas de comité d'éthique actif au sein de l'organisme. Cependant, une entente de service est possible avec un éthicien œuvrant au Centre intégré de soins et de services sociaux (CISSS) du territoire.

Une procédure de demande d'avis éthique a été adoptée par la direction des soins infirmiers en septembre 2017. L'organisme est invité à déterminer le délai de réponse au regard d'une certaine priorisation de la demande. Actuellement, le délai est fixé à 45 jours peu importe l'importance du dilemme.

Afin de stimuler la réflexion éthique au sein de l'organisation, la direction est invitée à poursuivre les séances d'information et planifier des formations au regard des dilemmes éthiques pouvant survenir en cours d'un épisode de soins.

Un code d'éthique vient de son côté définir les droits et les responsabilités du personnel, des usagers et de leur famille.

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)

Un plan de communication 2016-2018 a été adopté par le Conseil d'administration. Ce dernier s'inscrit dans la poursuite des actions de l'entreprise au regard de la qualité et de la sécurité des soins. Le plan de communication fait état des principaux enjeux reliés aux orientations stratégiques en cohérence avec la mission et les valeurs organisationnelles.

On retrouve une politique relative aux relations avec les médias, où les rôles et responsabilités de chacun sont bien déterminés et ce tant au regard des communications internes qu'au regard des communications externes

L'organisme a également adopté une directive sur la rédaction et la diffusion des documents officiels. Cette directive permet d'apporter une précision entre autres entre un règlement, une politique, une directive et autres documents dit administratifs ou cliniques.

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)

Le CHSLD a été construit en 2011 et le bâtiment est conforme aux normes en vigueur. Les unités de soins, postes de travail, salle à manger, corridors, et les différentes espaces dédiées pour le rangement, le matériel et les équipements, sont propres et bien entretenus. Les corridors sont bien dégagés et tous les locaux sont verrouillés à l'exception des chambres des résidents.

Les chambres sont spacieuses avec un décor reposant et personnalisé selon le désir du résident favorisant un milieu de vie sécuritaire et agréable pour les résidents.

Tous les critères pour ce processus prioritaire ont été respectés.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

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

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

L'organisation dispose d'un plan de mesures d'urgence. Le plan décrit clairement le rôle et les responsabilités de chaque membre de l'équipe. Le personnel a reçu une formation appropriée avec des exercices pratiques et des simulations afin de répondre et intervenir rapidement et efficacement à différentes situations d'urgence. Un registre de présence pour les participations aux sessions de formations est en place. Une réserve d'eau potable et d'aliments non-périssables sont également en réserve si une telle situation devait se présenter.

Tous les critères pour ce processus prioritaire ont été respectés.

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 : Gouvernance	
2.3 Le conseil d'administration compte des usagers parmi ses membres, lorsque c'est possible.	
10.5 Le conseil d'administration entend souvent des usagers et des familles parler de leurs incidents liés à la qualité et à la sécurité.	!
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)	

Malgré que de façon individualisée, les résidents et leur famille sont consultés dans la détermination du plan d'intervention et de l'organisation des services, la notion de clients partenaires demeure à être développer au sein de l'organisation.

Les administrateurs envisagent actuellement la possibilité d'assurer une représentativité clientèle au sein de leur conseil via un représentant des usagers ayant comme préoccupation première l'organisation des soins et des services offerts par l'organisme.

L'approche visant le partenariat avec l'usager est à ce jour embryonnaire quoiqu'elle soit inscrite dans les préoccupations de la haute direction. L'organisme est invité ici à préciser et formaliser l'approche qu'elle veut privilégier au regard l'organisation des soins et des services centrés sur le résident et sa famille. Le tout dans le respect de l'approche usager-partenaire développée par Agrément Canada.

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 critère pour ce processus prioritaire a été respecté.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

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

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

Un programme structuré d'entretien préventif est en place pour : l'entretien des systèmes, les systèmes de sécurité, l'entretien du bâtiment extérieur, et les appareils médicaux. Des registres sont disponibles pour la fréquence des entretiens effectués.

Un inventaire des équipements et appareils est en place avec une fiche technique pour chacun. Une gestion étroite assure le remplacement et l'achat des équipements en temps opportun selon leur durabilité de vie.

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	
2.9 Une politique est élaborée et mise en oeuvre pour s'occuper des médicaments apportés dans l'organisme par les usagers ou résidents et les familles.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments**

Divers politiques, procédures, et ordonnances collectives sont en place pour assurer une gestion sécuritaire dans l'ensemble des étapes du circuit médicamenteux. Les médicaments sont préparés et livrés par une pharmacie communautaire de l'extérieur. Une collaboration étroite existe avec le pharmacien et le personnel clinique. Le pharmacien est une ressource disponible et très appréciée par les équipes.

Un comité de Gestion de la Médication a été mis sur pied en juin 2016 composé du pharmacien, la directrice des soins infirmiers, la directrice des opérations, et 2 membres du personnel infirmier. Le comité s'est réuni à 3 reprises pour identifier son rôle, son mandat, ses objectifs, et ses priorités avec des procès-verbaux à l'appui. Son mandat principal est d'assurer l'utilisation sécuritaire et appropriée des médicaments dans l'organisation.

Il n'existe pas de politique formel pour s'occuper des médicaments apportés par les résidents dans l'organisation. Toutefois, le personnel encourage les familles à apporter les médicaments à la maison si aucune auto-administration des médicaments est prévue. L'organisation est invitée à élaborer une politique à cet effet

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

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

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

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

Le programme de prévention et contrôle des infections est compréhensif et contient les politiques, procédures, protocoles, et règles de soins selon les meilleures pratiques et les données probantes. Une culture en matière de prévention des infections est bien inculqué dans l'organisation.

L'organisation dispose d'une politique d'immunisation des travailleurs de la santé ainsi qu'une règle de soins d'administration des vaccins qui contient des éléments pour encadrer le personnel dans la vaccination contre l'influenza. Toutefois, une politique d'immunisation pour les résidents sur l'influenza et le vaccin pneumocoque n'est pas disponible et l'organisation est invité à élaborer cette politique.

Des stations de lavage des mains ainsi que des distributeurs de mousse antiseptique pour le lavage des mains sont disponibles sur les unités de soins et des endroits stratégiques. Sur les unités de soins, il n'y a pas de croisement entre la lingerie propre et souillé. À la cuisine, il y a une délimitation des secteurs propres et souillés favorisant le respect des normes. Les contrôles de qualité pour vérifier la température des réfrigérateurs sont faits et consignés dans un registre.

Des audits sur l'hygiène des mains ainsi que des formations sont faites annuellement et les résultats sont partagés auprès des équipes. Des procédures de désinfection et de nettoyage sont en place pour l'environnement physique et le personnel de l'entretien ménager ont un plan de travail qui définit clairement leurs rôles et responsabilités pour le nettoyage et la désinfection des lieux physiques selon un calendrier.

Tous les critères pour ce processus prioritaire ont été respectés.

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

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

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

Processus prioritaire : Compétences
--

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

8.12 La santé et les besoins bucco-dentaires de chaque résident sont régulièrement évalués en partenariat avec le résident et la famille.

9.9 Des soins bucco-dentaires sont dispensés aux résidents ou ces derniers sont incités à s'en occuper eux-mêmes au moins une fois par jour.

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
--

Les lieux physiques et espaces sont adéquats pour faciliter le travail des intervenants et assurer un environnement sécuritaire pour les résidents. Les appareils, équipements, matériels, et fournitures, mises à la disposition du personnel pour la dispensation des soins sont selon la dernière technologie.

Tous les critères ont été respectés pour ce processus prioritaire.

Processus prioritaire : Compétences
--

Le nouveau personnel embauché bénéficie d'un programme d'orientation pour faciliter leur intégration dans l'organisation et s'assurer qu'ils possèdent les connaissances et les compétences requises pour exercer leur rôle. Des formations de mises à jour et de perfectionnement portant sur divers thèmes sont offertes régulièrement au personnel avec un registre à l'appui. L'organisation effectue également un sondage auprès des employés afin de connaître leurs besoins en matière de formation continue et cette information est prise en considération lors de l'élaboration du plan annuel de formation.

Les employés rencontrés ont exprimé l'ouverture et l'accessibilité de la direction auprès du personnel à recevoir les suggestions et les préoccupations afin de trouver des pistes de solutions.

Des évaluations de rendement sont effectuées annuellement et les employés rencontrés ont confirmé cette pratique. Une reconnaissance auprès des employés est faite par le biais de certaines activités, telles que les BBQ l'été et soulèvement des anniversaires. D'autres activités de reconnaissance sont à en cours selon la direction.

Tous les critères pour ce processus prioritaire ont été respectés.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Lors des visites sur les unités de soins, le personnel rencontré est accueillant, dévoué, et engagé auprès de la clientèle âgée avec un souci à l'égard de la qualité des soins et services dispensés. L'arrivée d'une infirmière praticienne spécialisée à temps plein en novembre 2017 est très bien appréciée de la part du personnel et des résidents rencontrés. L'organisation est félicitée pour cette initiative innovante visant d'assurer une présence et prise en charge rapide des résidents selon leur état de santé lors de la découverte médicale et un suivi étroit.

Le CHSLD travaille en partenariat avec le CIUSS de la Montérégie Centre dans le parcours des résidents en statut transitoire et réadaptation.

L'acquisition d'une douche mobile au lit (RUBI) favorise les soins d'hygiène complet pour certains résidents en assurant une sécurité des soins lorsque le transfert et le déplacement du lit ne sont pas recommandés.

Une évaluation de l'état général de santé bucco-dentaire n'est pas faite régulièrement et selon les besoins des résidents. Les soins bucco-dentaires ne sont pas intégrés à même les plans de travail du personnel de façon systématique afin d'assurer que ces soins sont faits après les repas pour les résidents inaptes à le faire par soi-même. L'organisme est encouragé à mettre en place une approche structurée visant une évaluation de la santé et les besoins bucco-dentaires des résidents dès l'admission et par la suite selon le besoin des résidents.

Tous les professionnels impliqués dans les soins et services offerts aux résidents consignent leurs notes dans un dossier unique.

Le résident et sa famille exercent un rôle de partenariat avec l'équipe interdisciplinaire dans toutes les décisions prises à l'égard de leur santé pour un plan de soins individualisé répondant à leurs besoins, intérêts et désirs.

Les résidents et familles qui ont été rencontrés ont exprimé une satisfaction à l'égard des soins donnés par le personnel régulier de l'unité : personnel compétent, souriant, chaleureux, et respectueux. Toutefois, ils ont fait mention de leur insatisfaction par rapport à l'utilisation fréquente de personnel, particulièrement des PAB, provenant des agences privées qui connaissent peu la clientèle et le milieu de

travail. La direction est consciente et très préoccupé de cette réalité et travaille activement à un plan de recrutement et de rétention avec des stratégies créatives pour favoriser l'attraction de la pénurie de PAB.

L'organisation est encouragée à formaliser la participation des résidents et des familles afin de solliciter leur appui et leur opinion dans les processus d'amélioration continue.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers des résidents sont conservés dans une pièce sous clé et accessible uniquement par la directrice des opérations. Des politiques et procédures sur l'entreposage, la conservation, et la destruction des dossiers sont en place en respectant les règles de confidentialité.

Tous les critères ont été respectés pour ce processus prioritaire.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les divers documents portant sur les politiques, procédures, outils, et dépliants d'information disponibles pour le personnel, résidents, et familles, sont basés sur des données probantes et les meilleures pratiques. Une révision et mise à jour est faite selon le besoin.

Une culture d'amélioration continue de la qualité est bien intégrée et palpable dans l'organisation. De nombreux indicateurs assurent le suivi du programme de gestion intégré de la qualité ainsi que de la gestion des risques.

Des données recueillies permettent d'assurer une analyse et un suivi des indicateurs ciblés. Toutefois, aucun tableau de bord regroupant l'ensemble des indicateurs suivis avec une évaluation comparative des données antérieures sur une période de 2-3 ans n'est disponible. Dans une perspective d'amélioration continue, l'organisation est encouragée à élaborer des tableaux de bord pour assurer une analyse comparative et des mesures d'amélioration.

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.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets suivants :

- composition du conseil d'administration;
- portée de ses pouvoirs (rôles et responsabilités);
- processus de réunion;
- évaluation du rendement.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- **Période de collecte de données : 2 février 2017 au 31 juillet 2017**
- **Nombre de réponses : 1**

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	0	100	S.O.
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	S.O.
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	100	0	0	S.O.
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	0	0	100	S.O.

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	0	100	S.O.
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	S.O.
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	S.O.
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	S.O.
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	100	0	0	S.O.
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	0	100	S.O.
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	S.O.
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	0	100	S.O.
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	S.O.
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	S.O.
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	S.O.
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	0	0	100	S.O.
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	0	100	S.O.

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoions notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	S.O.
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	0	0	100	S.O.
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	S.O.
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	0	100	0	S.O.
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	0	100	0	S.O.
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	S.O.
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	0	100	S.O.
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	0	100	S.O.
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	0	100	S.O.
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	0	100	0	S.O.
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	0	0	100	S.O.
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	0	100	S.O.

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	0	100	S.O.
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	0	0	100	S.O.
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	100	S.O.

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	0	100	0	S.O.
34. La qualité des soins	0	0	100	S.O.

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires

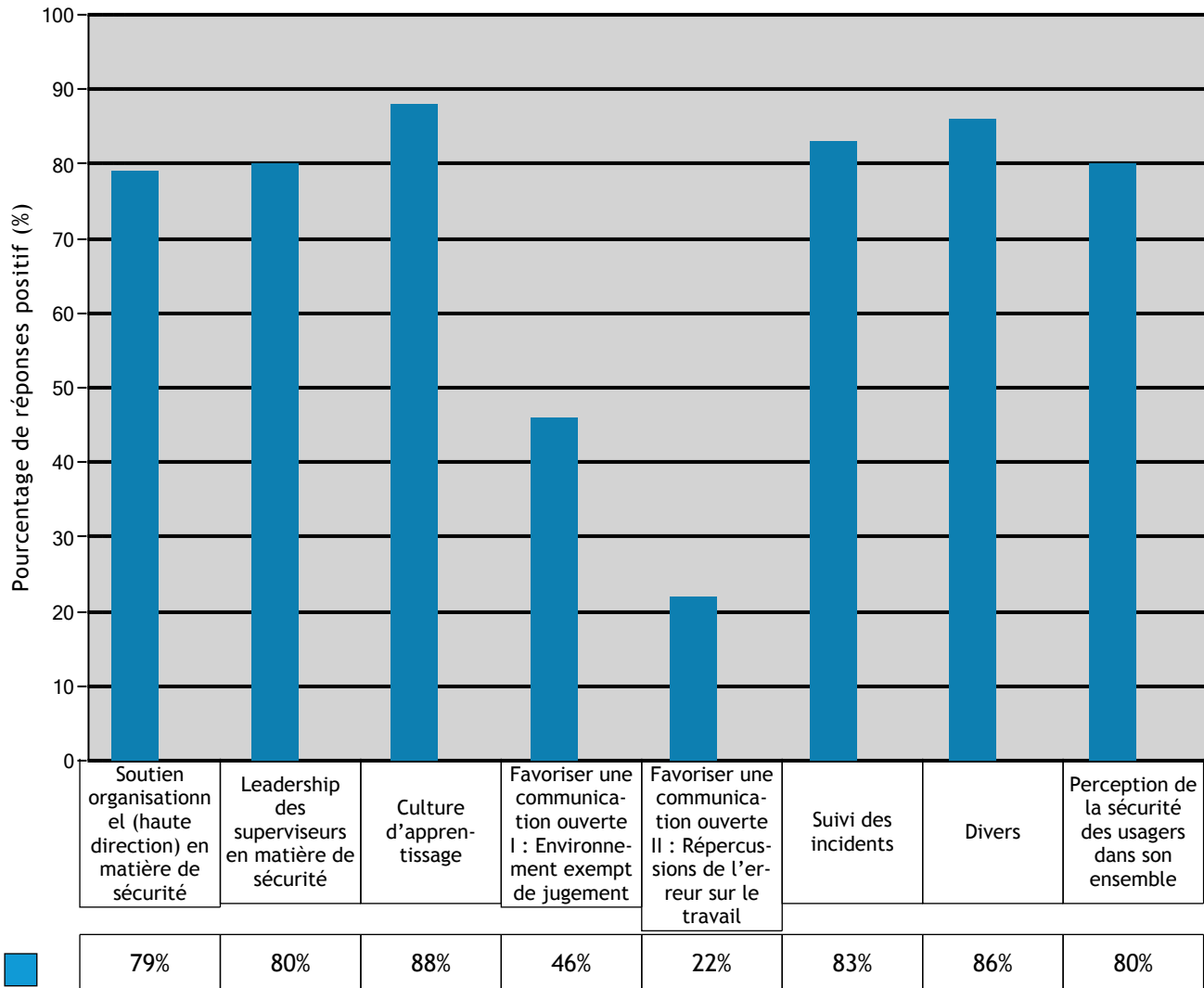
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- **Période de collecte de données : 2 février 2017 au 27 mai 2017**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 69**
- **Nombre de réponses : 69**

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



Légende

■ CHSLD Valeo Inc

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

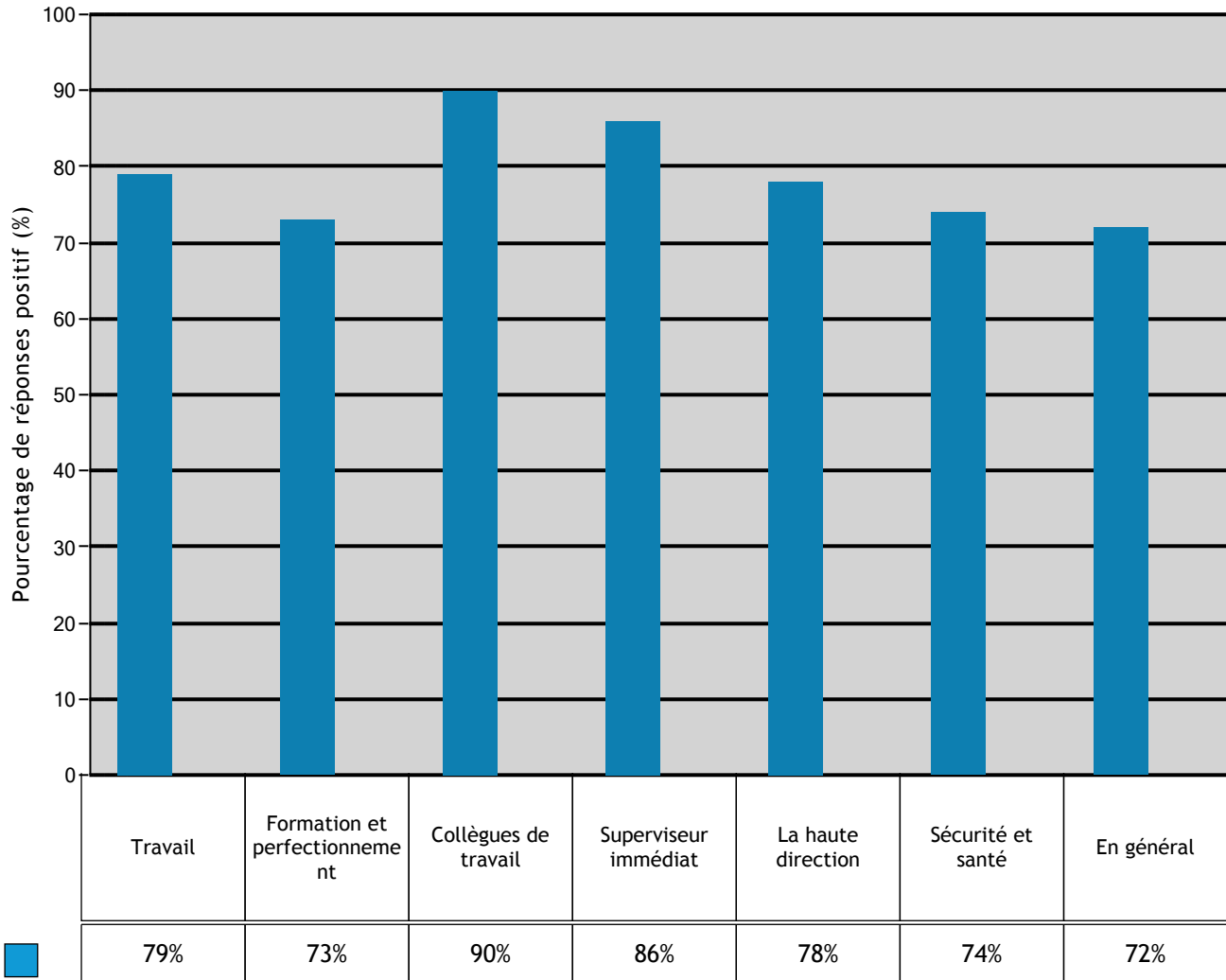
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 : 2 février 2017 au 27 mai 2017**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 69**
- **Nombre de réponses : 75**

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



Légende

■ CHSLD Valeo Inc

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Commentaires de l'organisme

Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.

À la page 16 du rapport préliminaire, il est mentionné qu'on ne retrouve pas de politiques et procédures pour la sélection et la négociation des services contractuels. Dans les faits, il existe bel et bien une politique (Politique d'approvisionnement FIN-003) qui a été rédigée par Division Santé Valeo (le siège social) et adoptée en février 2016. Cette politique est bel et bien en application au CHSLD Valeo. Nous pourrions vous l'envoyer si désiré.

Pour le reste, l'ensemble des commentaires des visiteurs est très pertinent et nous aidera dans notre processus d'amélioration continue. Merci aux visiteurs pour leur bon travail.

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.