



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

CHSLD LaSalle inc.

LaSalle, QC

Dates de la visite d'agrément : 14 au 17 janvier 2019

Date de production du rapport : 31 janvier 2019

Au sujet du rapport

CHSLD LaSalle 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 janvier 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	9
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	11
Résultats détaillés de la visite	12
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	13
Processus prioritaire : Planification et conception des services	13
Processus prioritaire : Gestion des ressources	14
Processus prioritaire : Capital humain	15
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	16
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	25
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	26
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	27
Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	27
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	29
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	31
Résultats des outils d'évaluation	35
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers	35
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	37
Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	39
Commentaires de l'organisme	40

Annexe A - Programme Qmentum	41
Annexe B - Processus prioritaires	42

Sommaire

CHSLD LaSalle 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 LaSalle inc. a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 14 au 17 janvier 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. CHSLD Lachine
2. Résidence Floralties LaSalle 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. 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
3. Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	11	2	2	15
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	9	0	1	10
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	126	14	7	147
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	36	3	0	39
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	63	2	5	70
 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.)	131	32	16	179
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	5	1	0	6
Total	388	54	31	473

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	34 (87,2%)	5 (12,8%)	1	61 (88,4%)	8 (11,6%)	1	95 (88,0%)	13 (12,0%)	2
Prévention et contrôle des infections - Organismes extra-hospitaliers	22 (88,0%)	3 (12,0%)	9	36 (80,0%)	9 (20,0%)	2	58 (82,9%)	12 (17,1%)	11
Gestion des médicaments - Organismes extra-hospitaliers	48 (96,0%)	2 (4,0%)	2	35 (85,4%)	6 (14,6%)	11	83 (91,2%)	8 (8,8%)	13
Soins de longue durée	45 (84,9%)	8 (15,1%)	2	87 (90,6%)	9 (9,4%)	3	132 (88,6%)	17 (11,4%)	5
Total	149 (89,2%)	18 (10,8%)	14	219 (87,3%)	32 (12,7%)	17	368 (88,0%)	50 (12,0%)	31

* 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)	Non Conforme	4 sur 6	0 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Identification des usagers (Soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
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)	Non Conforme	0 sur 2	0 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			
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
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
Processus de retraitement (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention du suicide (Soins de longue durée)	Non Conforme	0 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.

Les résidences Floralties Lachine et LaSalle sont des établissements privés, gérés par un même propriétaire, qui ont accueilli leurs premiers résidents en juillet 1988 à Lachine et en octobre de la même année à LaSalle représentant plus de 30 ans d'activités. Ils sont chacun dans un immeuble à appartements. Le propriétaire unique a toujours favorisé un partenariat public-privé. Durant les années '90, une demande de permis d'opération d'un CHSLD fut acheminée à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal afin de pouvoir dispenser des soins et services à clientèle vulnérable. Cette nouvelle orientation a permis de maintenir des personnes hébergées et poursuivre leur prise en charge. Les lits en CHSLD sont comblés en partie par les achats de lits du secteur dans le cadre des lits transitoires, signe d'un partenariat solide et de confiance avec le réseau public de la santé et des services sociaux.

Le CHSLD des Floralties inc. comprend 50 lits, dont une unité de vie adaptée pour les résidents qui présentent des comportements perturbateurs. Le CHSLD Floralties Lachine inc. comprend 45 lits. En plus des lits en CHSLD, l'établissement possède des places en ressources intermédiaires (R.I.) ainsi que des appartements (Résidence pour personnes âgées). En 2008, l'établissement s'engage dans la démarche d'agrément avec Agrément Canada.

Les membres du personnel sont principalement des préposées aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières au service des résidents 24 heures par jour, sept jours par semaine. Ils sont solidement appuyés par un médecin, quelques professionnels et du personnel de soutien. Le personnel est engagé, à l'écoute des besoins des résidents et dévoué. Des défis sont constants pour la rétention de la main d'œuvre. L'approche de gestion de proximité exercée par les gestionnaires contribue certainement à la mobilisation du personnel, la qualité de vie des résidents et la qualité des soins.

Le plan stratégique a été revu. Ce plan stratégique 2018-2021 comprend maintenant huit objectifs. L'énoncé de vision est clair et les valeurs sont connues à l'ensemble de l'établissement. L'établissement a adapté sa mission, sa vision, ses valeurs et ses principes de gestion aux orientations du ministère afin de créer un milieu de vie pour ses résidents qui se rapproche le plus possible de leurs habitudes antérieures et d'impliquer leurs proches pour faciliter leur intégration et leur adaptation. Nous constatons une cohérence entre le discours et la documentation.

Chaque CHSLD possède sa direction générale. Un comité exécutif formé notamment du propriétaire, des directrices générales ainsi que des directrices des soins se réunit mensuellement afin de voir à ce que la Résidence soit administrée selon la même vision, les mêmes valeurs, conformément à la loi et aux règlements en vigueur. Nous avons été à même de constater la présence d'un comité Qualité, d'un comité des résidents, des usagers et milieu de vie.

Au regard de la prestation de soins et de services, l'établissement met beaucoup d'efforts à élaborer et à mettre à jour un nombre important de politiques et de procédures visant à encadrer les pratiques cliniques et de la sécurité de la prestation de services. Nous soulignons le souci de l'établissement d'offrir le soutien et l'accompagnement aux résidents dans leur dernière étape de vie et le soutien aux familles, par l'élaboration d'un Programme de soins palliatifs.

La satisfaction des résidents et la mobilisation du travail méritent d'être soulignées selon les résultats obtenus lors des derniers sondages.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité	
<p>Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers Le conseil d'administration reçoit des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers, qui comprennent les mesures recommandées découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité, de même que les améliorations qui ont été apportées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers 14.10
<p>Mécanisme de déclaration des événements indésirables Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.* Appelé « incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers 14.4
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Plan de sécurité des usagers Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers 14.1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Soins de longue durée 8.8

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
6.3 Le plan opérationnel précise les ressources nécessaires pour réaliser le plan stratégique, les buts et les objectifs.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
<p>Il existe un plan stratégique 2018-2021 qui comprend huit objectifs. L'énoncé de vision est clair et les valeurs sont connues à l'ensemble de l'établissement.</p> <p>Le partenariat avec les résidents et leurs familles est bien présent. À ce titre, un sondage de satisfaction des résidents est réalisé et démontre des résultats de satisfaction. L'apport des résidents et des familles est obtenu. Les services sont planifiés avec le résident ou sa famille. Le partenariat avec la communauté est présent. L'information sur l'état de santé de la population est obtenue et prise en compte dans la planification des services. Un ensemble de politiques et de procédures est élaboré et mis en oeuvre.</p> <p>L'établissement aura avantage à élaborer des plans opérationnels en concordance avec le plan stratégique. Ces plans devront être mis à jour trimestriellement.</p>	

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)

L'établissement suit un processus de planification budgétaire rigoureux. Les budgets annuels sont préparés conformément aux politiques et procédures en vigueur. Le propriétaire approuve les budgets.

Les budgets sont surveillés et des rapports réguliers sur le rendement financier de l'établissement sont produits. Il existe un processus permettant de déplacer les ressources là où les besoins sont les plus pressants suite à des analyses de l'utilisation des ressources. Divers projets d'investissements démontrent bien l'intérêt porté à la clientèle pour toujours mieux répondre à leurs besoins

Nous invitons les dirigeants à poursuivre avec la même rigueur et à relever les différents défis qui se présentent à eux afin de répondre de façon appropriée aux besoins de la population.

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)

L'établissement a mis en place des stratégies de recrutement. Son plus grand défi demeure la rétention des personnes embauchées. Le personnel est attentif, dévoué et à l'écoute des besoins des résidents. Les rapports hiérarchiques sont clairs. Le profil des postes est élaboré pour chaque titre d'emploi et mise à jour. Les responsabilités en matière de sécurité y sont clairement définies. L'établissement a débuté les entrevues de départ afin d'améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs. L'embauche d'une infirmière de nuit et d'une ergothérapeute complète l'offre de service. Un programme complet d'orientation est mis en place. La formation et le perfectionnement sont présents. Les questionnaires sont très présents sur les unités de soins et disponibles auprès du personnel. Chaque année, l'établissement reçoit des étudiants en stage. Il offre également de la formation sur la sécurité des résidents. Le sujet de la maltraitance envers les personnes âgées est abordé. L'appréciation du rendement est réalisée de façon régulière dans son ensemble. Des activités d'amélioration de la qualité de vie au travail et la sécurité en milieu de travail sont en place. Des activités de reconnaissances sont présentes notamment la reconnaissance d'un employé du mois. Différentes stratégies sont en place pour créer un milieu de travail sain. L'état de fatigue et de stress du personnel est surveillé. La prévention de la violence en milieu de travail est une priorité. La tenue de dossier du personnel est appropriée. Les bénévoles sont présents. Toutefois, l'établissement aurait avantage à recruter davantage de personnes bénévoles afin d'assurer une offre de service spécifique et indispensable à la clientèle. Au cours des prochains mois, l'établissement est invité à stabiliser sa haute direction par l'embauche prochaine d'une nouvelle directrice dans une de ses installations. Il sera primordial de bien soutenir la relève en place depuis les derniers mois afin de contribuer à l'atteinte des objectifs fixés en conformité avec sa mission et sa vision.

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	
12.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un plan de gestion des risques.	!
12.2 Le plan de gestion des risques est régulièrement évalué et amélioré au besoin.	
12.4 La qualité des services contractuels est évaluée.	
14.1 Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.	
14.1.1 Les problèmes de l'organisme liés à la sécurité des usagers sont évalués.	PRINCIPAL
14.1.2 Un plan et un processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des usagers cernés.	SECONDAIRE
14.1.3 Le plan comprend la sécurité des usagers sous forme de priorité ou de but stratégique formulé par écrit.	PRINCIPAL
14.1.4 Des ressources sont allouées pour favoriser la mise en oeuvre du plan sur la sécurité des usagers.	SECONDAIRE
14.2 La responsabilité de mettre en oeuvre et de surveiller le plan de sécurité des usagers et de diriger les activités d'amélioration de la sécurité des usagers ou résidents est confiée à une personne ou à un groupe.	
14.4 Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.	
* Appelé « incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.	
14.4.2 L'information est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe pour qu'ils comprennent quels événements déclarer, quand et comment le faire.	PRINCIPAL
14.4.4 Il existe des procédures pour examiner les événements, et des critères sont utilisés pour établir la priorité des événements qui seront analysés plus en profondeur.	PRINCIPAL

14.4.7	L'efficacité du mécanisme de gestion des événements est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Voici des mécanismes d'évaluation possibles. <ul style="list-style-type: none"> • Recueillir la rétroaction des usagers, familles et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place. • Assurer la surveillance des rapports sur les événements en fonction du type d'événement et de sa gravité. • Examiner si les améliorations sont mises en oeuvre et maintenues. • Déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les événements (p. ex. selon les résultats du Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers). 	SECONDAIRE
14.10	Le conseil d'administration reçoit des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers, qui comprennent les mesures recommandées découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité, de même que les améliorations qui ont été apportées.	 PRINCIPAL
14.10.1	Des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers sont fournis au conseil d'administration.	PRINCIPAL
14.10.2	Les rapports trimestriels sur la sécurité des usagers précisent les activités et les réalisations spécifiques de l'organisme qui viennent appuyer les buts et objectifs en matière de sécurité des usagers.	SECONDAIRE
14.10.3	Le conseil d'administration appuie les activités et les réalisations en matière de sécurité des usagers et accorde un suivi aux recommandations présentées dans les rapports trimestriels sur la sécurité des usagers.	SECONDAIRE
15.1	Un plan d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en oeuvre.	
15.2	Les indicateurs de rendement sont sélectionnés et régulièrement surveillés dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité.	

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

L'amélioration de la qualité est une priorité stratégique établie. La satisfaction de la clientèle est également une priorité des dirigeants. Des projets d'amélioration sont élaborés, notamment en cuisine avec l'achat de produits frais et locaux en période estivale, des repas thématiques et sur les unités de soins, en autres, par l'installation d'un nouveau système de cloche d'appel au CHSLD LaSalle et le développement d'activités de loisirs. La divulgation de ces incidents est réalisée auprès des familles ou des résidents. Une politique du bilan comparatif des médicaments est en vigueur. Un comité qualité est mis en place réunissant divers membres du personnel.

L'établissement est invité à consolider son processus de gestion intégrée des risques selon les meilleures pratiques dans ce domaine, à l'étendre à tous les niveaux de l'organisation et dans tous les secteurs d'activités, de manière à ce que la prise de décision tienne constamment compte des risques pouvant compromettre l'atteinte des objectifs de l'organisation. Le plan de gestion des risques actuel mérite d'être revu et devrait identifier les événements potentiels susceptibles d'affecter l'organisation. Il existe un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux, une mise à jour s'impose. De plus, l'établissement est encouragé à poursuivre sa démarche de performance en y ajoutant des cibles à atteindre et des indicateurs de suivi pour l'ensemble des données recueillies. Il est souhaitable que des rapports trimestriels des accidents soient tenus.

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

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

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

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

L'établissement a adopté un cadre conceptuel en éthique clinique. Ce cadre favorise une pratique respectueuse des règles d'éthique. Un code de conduite concernant toutes les personnes qui travaillent pour l'organisme est élaboré et mis en œuvre.

Nous encourageons l'établissement à poursuivre dans cette direction, à faire usage d'une personne de référence en ce domaine pour animer des discussions, apporter de la formation au personnel et soutenir la direction dans ses décisions.

Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
11.2 La protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements sur les usagers ou les résidents sont assurées, conformément aux lois applicables.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'établissement démontre la valeur des services offerts aux résidents. La direction a su établir des partenariats solides avec le CIUSSS. Un site web est à jour et d'usage pratique. Les témoignages qui s'y retrouvent méritent d'être soulignés, notamment par la chaîne des bons coups. Le personnel reçoit l'information via les tableaux afficheurs et des notes de services. L'établissement a élaboré une impressionnante quantité de politiques, toutes mises à jour régulièrement.

L'établissement s'est doté d'un système de gestion de l'information approprié à ses besoins. Des politiques encadrent la gestion des dossiers des résidents, l'entreposage, la conservation et la destruction. L'établissement est invité à mettre tous les efforts disponibles afin de préserver la vie privée des résidents notamment les informations à son dossier.

Processus prioritaire : Environnement physique

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
9.3 L'environnement physique est géré de manière à assurer la santé et la sécurité des usagers ou résidents et de l'équipe.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'établissement s'assure de la sécurité des résidents et des employés en général et lors de travaux de maintenance et de rénovation. Le contrôle à l'entrée par signature mérite d'être souligné. Le personnel est formé et le matériel nécessaire pour accomplir un travail sécuritaire est disponible. Le milieu est propre et bien entretenu. Des investissements constants sont faits par le propriétaire. L'établissement applique différentes mesures de développement durable.

Toutefois, différents éléments sur la sécurité des usagers ont été constatés et s'avèrent non conforme notamment la signalisation des portes, le rangement des bonbonnes d'oxygène. Différentes portes demeurent non verrouillées sur les unités de soins et particulièrement celles pouvant mener au sous-sol, à la cour extérieure en hiver ou à un étage supérieur. Certains espaces demeurent sans surveillance et accessibles facilement. Des charriots de produits d'entretien ménager sont non sécuritaires et méritent d'être changés afin de s'assurer que les produits soient sous clés pouvant être laissés sans surveillance et sans danger pour les résidents. L'établissement est invité à apporter les mesures correctives qui s'imposent pour s'assurer de la sécurité des résidents.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
13.2 Un plan d'intervention relatif à tous les sinistres ou toutes les situations d'urgences est élaboré et mis en oeuvre.	!
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers	
12.5 Les politiques et les procédures relatives aux éclosions sont examinées régulièrement en collaboration avec les partenaires. À la suite de chaque éclosion, des améliorations y sont apportées, au besoin.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Des plans de prévention et réduction des situations d'urgence et des sinistres sont élaborés et mis en oeuvre. L'établissement s'est doté de gicleurs d'incendie et de portes coupe-feu afin de maximiser la sécurité des résidents. Les équipes, les résidents et les familles sont informés de leur rôle. La pratique des exercices d'incendie est à souligner. Les résultats des exercices sont utilisés pour réviser et ajuster le plan en vue des sinistres ou des urgences. Un plan de continuité est élaboré et mis en oeuvre afin de poursuivre les activités critiques pendant une situation d'urgence.

L'établissement est invité à développer une collaboration entre le plan de mesure d'urgence et la plan pandémie.

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 : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
4.9 Les buts et objectifs stratégiques sont communiqués aux membres des équipes dans l'ensemble de l'organisme, ainsi qu'aux usagers ou résidents et à leur famille.	
6.2 Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers ou résidents et des familles, des bénévoles ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.	
9.2 Il y a des mécanismes utilisés pour obtenir l'apport des usagers ou résidents et des familles afin de concevoir de nouveaux locaux et de déterminer l'usage optimal qui peut être fait des locaux existants pour favoriser au mieux le confort et le rétablissement.	
Ensemble de normes : Soins de longue durée	
3.3 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des résidents et des familles.	
16.8 Les incidents liés à la sécurité des résidents sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des résidents et des familles.	!
17.3 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des résidents et des familles.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'établissement s'assure de collaborer avec le résident et sa famille. Ils sont mis à contribution dans l'information recueillie, les soins et les services sont revus et surveillés avec l'apport du résident et sa famille. De l'information sur les services est mise à leur disposition. Dans l'ensemble, ils se sentent en sécurité dans ces lieux. La présence d'activités adaptés aux capacités des résidents, le nombre d'employés présents pour réaliser les soins ainsi que le respect des rencontres fixées avec le comité des résidents sont des points importants pour eux.

L'établissement est invité à tenir compte de plus en plus du point de vue du résident et sa famille dans l'élaboration des buts et des objectifs spécifiques aux services, dans la conception de l'environnement physique afin qu'il soit sécuritaire et confortable et au sujet de l'efficacité des espaces. De plus, nous encourageons la direction à s'inspirer des meilleures pratiques de l'approche du patient-partenaire de soins.

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 des résidents est bien défini au sein de l'établissement et avec ses partenaires de soins.

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)

La cohésion de l'équipe se retrouve au niveau de la vérification des équipements. Il y a un processus de vérification des équipements bien documenté pour l'ensemble des services de l'établissement. De la formation est offerte aux équipes sur le fonctionnement des appareils régulièrement et, aussi en fonction de besoins ponctuels.

Le système d'entretien des fauteuils roulants est bien documenté et très bien structuré. Il pourrait être avantageux d'utiliser ce système pour formaliser la vérification et le nettoyage des petits appareils dans les autres services.

On ne retrouve aucune stérilisation au CHSLD.

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.	

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.	!
21.2	Les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments sont examinés et des critères sont utilisés pour établir la priorité parmi ceux qui seront analysés plus en profondeur.	!
21.3	Les équipes participent à l'analyse des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.	
23.1	Les ressources nécessaires pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité liées à la gestion des médicaments sont fournies.	
23.3	Les indicateurs de processus et de résultats pour la gestion des médicaments font l'objet d'un suivi.	
23.4	L'information recueillie au sujet du mécanisme de gestion des médicaments est utilisée pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et pour apporter des améliorations en temps opportun.	
23.5	Les résultats des évaluations sont communiqués aux équipes.	

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

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

Le contrat avec la pharmacie inclut tous les aspects de sécurité pour les résidents et le soutien clinique auprès de l'équipe soins. Le service est offert six jours par semaine. Le pharmacien répond aux urgences en dehors des heures d'ouverture sur les sept jours et 24 heures sur 24.

En accord avec les recommandations de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada), le pharmacien fournit une liste d'abréviations à proscrire, la maintient à jour et informe l'équipe des soins et le médecin s'il y a des changements. Le pharmacien est responsable pour la liste des médicaments à alerte élevée et surveille leurs utilisations en collaboration avec les soins infirmiers. AU CHSLD, on ne sert aucun électrolyte concentré et cela réduit les risques d'erreur. Le système pour la gestion des narcotiques est efficace. Les médicaments sont distribués en système uni dose par la pharmacie. Les soins infirmiers ont accès à des outils au sujet des médicaments et, sur appel, à un pharmacien ou le médecin.

Nous suggérons à l'organisation d'encourager les intervenants à documenter davantage les incidents de médicaments concernant tout événement évité de justesse afin de cerner des possibilités d'améliorations.

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	
2.2 La prévention et du contrôle des infections est prise en considération et l'avis d'experts en prévention et en contrôle des infections est obtenu au moment de planifier et de concevoir l'environnement physique, y compris les plans de construction et de rénovation.	
3.2 L'organisme collabore avec ses partenaires pour élaborer un plan d'intervention en cas de pandémie.	
4.1 Une évaluation des risques est réalisée afin de cibler les activités à risques élevés d'infection et ces activités sont traitées dans les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.	
4.2 Il existe des politiques et des procédures qui correspondent aux règlements, aux données probantes et aux meilleures pratiques applicables, ainsi qu'aux priorités organisationnelles.	!
5.2 Les membres de l'équipe, les usagers ou les résidents, les familles et les bénévoles sont mobilisés au moment d'élaborer des stratégies de promotion de la prévention et du contrôle des infections.	
5.3 Il y a un programme de formation complet sur la prévention et le contrôle des infections, qui est adapté aux priorités, aux services et aux populations d'usagers ou de résidents desservis.	
7.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus et tranchants sont utilisés.	
9.3 Il existe des politiques et des procédures pour le nettoyage et la désinfection de l'environnement physique, ainsi que pour la documentation du nettoyage effectué.	!
11.6 Des experts en prévention et contrôle des infections ou en santé publique sont consultés pour contrôler les infections nosocomiales, et les renseignements nécessaires sont présentés aux autorités compétentes, conformément aux règlements applicables.	!
13.1 Les activités de prévention et de contrôle des infections sont évaluées régulièrement.	

- 13.5 Les résultats de ces évaluations sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux usagers et aux résidents ainsi qu'aux membres de la famille.

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


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

Le contrôle et la prévention des infections (CPI) sont basés sur le Guide de prévention des infections dans les résidences de personnes âgées, mise à jour 2014, Québec. Des activités de prévention sont offertes au cours de l'année. Plusieurs formations sont offertes sur le lavage des mains, le port des gants et l'équipement de protection individuel aux employés et aux bénévoles. Les politiques d'immunisations sont présentes et appliquées. Lors de la présence d'une infection nosocomiale, on fait rapidement des tests, on identifie la source et on met rapidement les mesures en place pour éliminer l'infection. Les employés, les bénévoles, les résidents et les membres de familles sont tous mis à contribution. L'organisation est encouragée à développer un plan d'activités de prévention des infections et un plan de surveillance des infections afin de développer des indicateurs pour en mesurer les impacts.

Les employés de l'entretien ménager font un bon travail pour maintenir l'environnement propre. Ils utilisent les bons produits pour maintenir une désinfection adéquate. Afin d'assurer la pérennité de leur savoir, il serait avantageux d'écrire le processus de travail appliqué. Aucun contrat de nettoyage n'est octroyé à des fournisseurs externes. Le circuit des éléments souillés permet leurs éliminations rapides et contrôle bien les odeurs.

L'organisation est encouragée à développer davantage de partenariats relativement au CPI avec d'autres organismes dans la communauté. Aussi, il faudra développer un plan de pandémie.

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	
8.8 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 8.8.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés. 8.8.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent. 8.8.3 Les besoins de sécurité immédiats de l'utilisateur chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte. 8.8.4 Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide. 8.8.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.	 PRINCIPAL PRINCIPAL PRINCIPAL PRINCIPAL PRINCIPAL
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	
14.3 Des politiques et des procédures pour divulguer l'information sur la santé à des fins d'usage secondaire sont élaborées et suivies.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
15.1 Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
15.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des résidents et des familles, des équipes et des partenaires.	

15.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des résidents et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
15.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des résidents et des familles.	!
16.5	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des résidents et des familles.	!
17.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des résidents et des familles.	
17.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des résidents et des familles.	
17.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
17.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
17.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
17.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

La nouvelle Directrice des soins infirmiers possède un registre qui lui permet de suivre tous les aspects des soins de ses unités. Le programme des chutes a été révisé afin de mieux documenter les suivis de chutes selon leur gravité.

Les plans d'interventions interdisciplinaires sont documentés à fréquence variée. L'équipe inclut la thérapeute en réadaptation physique, l'ergothérapeute, le technicien en loisirs, le responsable de l'alimentation, la directrice des soins infirmiers, l'infirmière auxiliaire, les préposés, l'adjointe de soir lorsque possible, le résident et/ou la famille selon le cas. Les rôles de chaque membre de l'équipe sont clairs et bien définis. La cohésion de l'équipe est remarquable pour mieux répondre aux besoins des résidents.

Processus prioritaire : Compétences

L'approche interdisciplinaire se vit au niveau de l'unité. L'organisation des tâches est documentée et respectée.

Lors de l'orientation, on offre de la formation et du soutien pour connaître le fonctionnement des unités.

Un programme de perfectionnement est offert tout au cours de l'année, sur place et répond aux besoins des employés concernant la qualité et la sécurité des services comme par exemple l'approche en fin de vie. D'ailleurs, une nouvelle formation sur les soins palliatifs est prévue pour mai 2019.

L'équipe interdisciplinaire travaille en étroite collaboration et répond aux besoins des résidents.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le processus d'accueil du nouveau résident est bien structuré. Une pochette d'informations est fournie à chaque résident lors de son arrivée. La planification de l'admission est bien planifiée avec le résident et sa famille. L'évaluation du résident est faite par les membres de l'équipe en collaboration avec le résident et sa famille. Les préférences du résident sont prises en compte. Les évaluations de risques pour les chutes et les plaies sont bien documentées. Les employés ont reçu de la formation sur la maltraitance afin de bien défendre l'intégrité des résidents.

Les niveaux de soins sont systématiquement discutés avec les résidents et/ou leurs familles et sont inscrit au dossier médical.

La première rencontre pour le plan intervention interdisciplinaire avec le résident et/ou la famille et les membres de l'équipe se tient à l'intérieur de six semaines suivant l'admission. Par la suite, cette rencontre devrait avoir lieu annuellement. Nous encourageons l'organisation à tenir des rencontres interdisciplinaires selon un calendrier rigoureux afin de s'assurer que les plans d'interventions interdisciplinaires soient maintenus à jour.

Différentes initiatives pour la sécurité ont eu lieu telles que l'arrivée des portes codées, les lits avec 4 demi ridelles, la double identification lors des repas et de l'administration des médicaments. La surveillance est constante aux unités.

Les employés apprécient pouvoir avoir le temps de parler aux résidents pendant leurs heures de travail. Les résidents sont bien positionnés lors des périodes de repas. Il y a des mises à jour mensuelles au niveau des contentions, des plaies et de la liste des résidents en cas de feu qui est complétée selon la capacité de se déplacer.

Le programme de fin de vie est apprécié par les familles. Nous avons eu un témoignage d'un membre de famille qui rend honneur au quotidien des employés qui sont présents assidûment et qui prennent soin de leur proche bien-aimé pendant que la famille est absente. Les employés sont attentionnés, procurent

la surveillance, le confort et répondent aux besoins tout le temps.

Nous encourageons l'organisation à formaliser une approche pour la gestion de la prévention du suicide auprès sa clientèle.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les renseignements sont systématiquement consignés au dossier du résident. En général, les règles de confidentialité et de conservation des dossiers médicaux sont respectées. Cependant on ne retrouve pas de politique et procédures qui traitent des circonstances où la communication des données est pertinente et qui précisent comment assurer le maintien du respect de la vie privée des résidents. Avec la présence des ordinateurs aux unités, les employés ont davantage accès aux données probantes pour utiliser les informations en lien avec les meilleures pratiques. Les données probantes sont utilisées pour définir les approches auprès des personnes âgées et écrire des lignes directrices au CHSLD.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Plusieurs statistiques sont disponibles au CHSLD Les Floralies. Nous encourageons l'organisation à les utiliser et à les transformer afin de définir des indicateurs de suivi qui permettent de mesurer les améliorations de la qualité dans le temps.

Il faut développer une approche pour définir des initiatives d'amélioration de la qualité à partir des données sur les accidents et incidents ou choisir ces initiatives en fonction des résultats de sondage pour les résidents. De plus, il faut impliquer les employés, les usagers et les membres de familles dans les choix de ces initiatives.

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

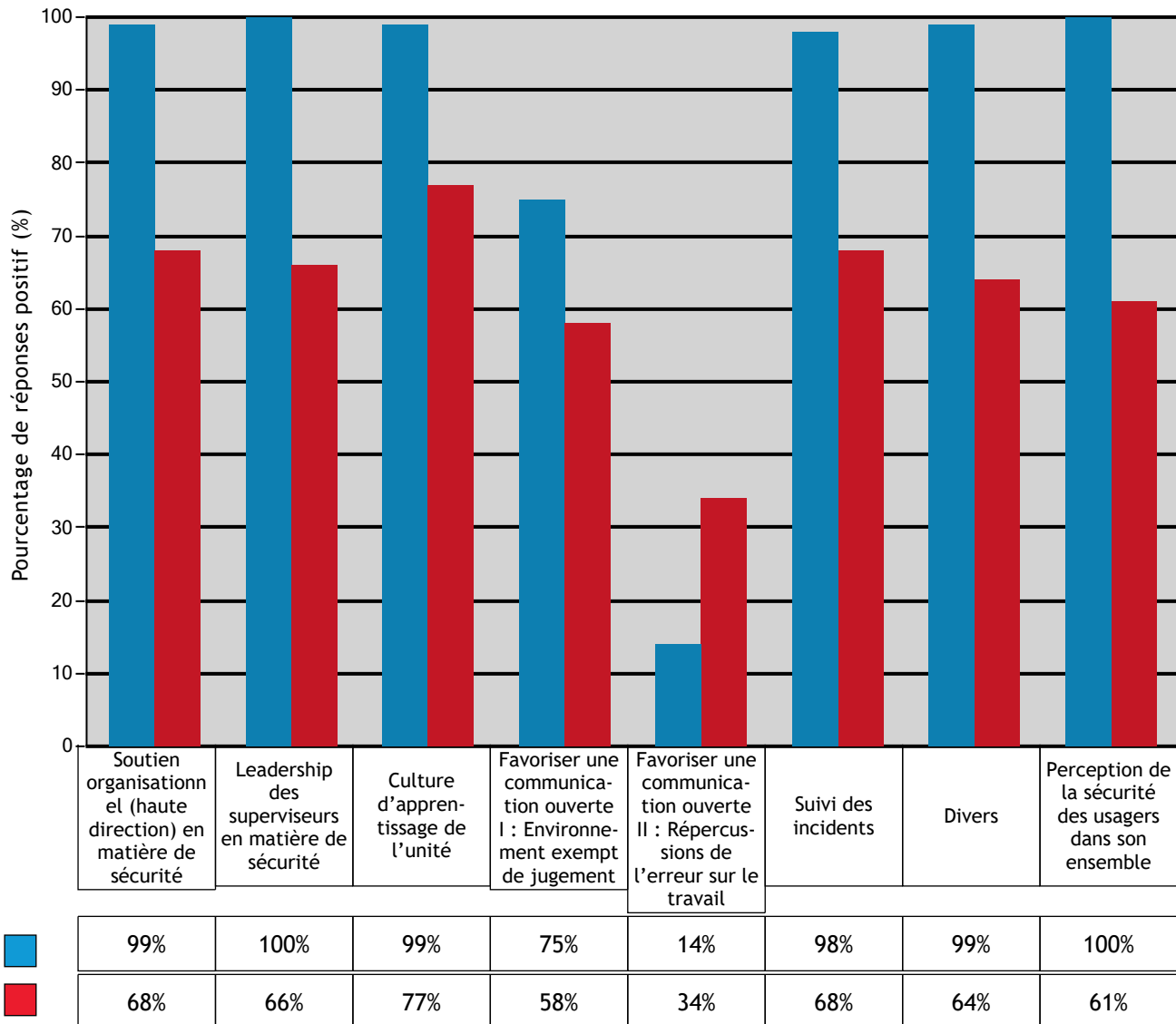
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 21 mai 2018 au 23 mai 2018**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 36**
- **Nombre de réponses : 36**

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



Légende

- CHSLD LaSalle inc.
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2018 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

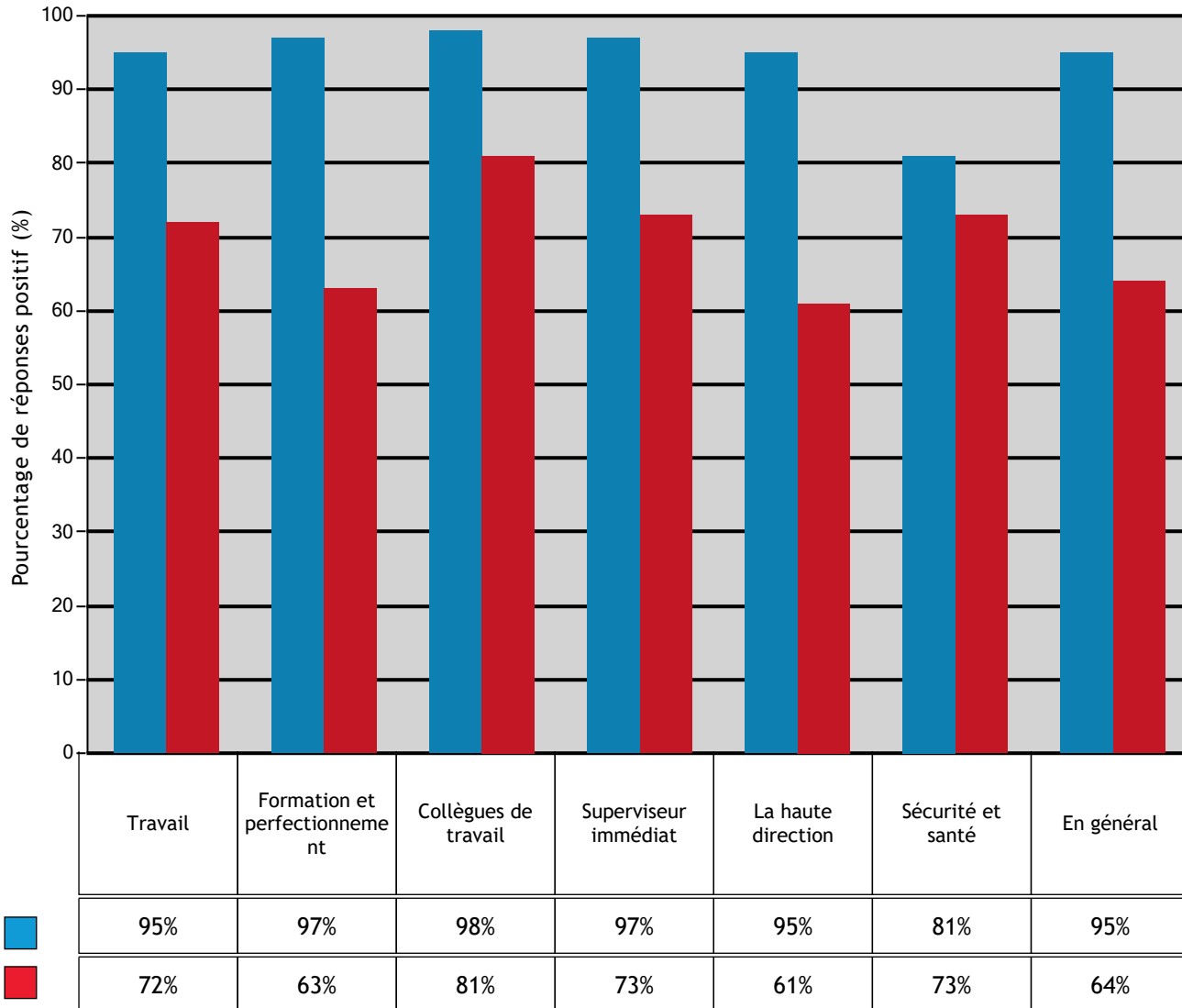
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend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

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

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

- **Période de collecte de données : 24 mai 2018 au 29 mai 2018**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 79**
- **Nombre de réponses : 80**

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



Légende

- CHSLD LaSalle inc.
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2018 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

14.1 Sécurité: Documents à l'appui: Évaluation des risques de chute à l'admission, risque de développer des plaies de pression à l'admission, unité codé, politique de sortie non-autorisée d'un résident, Plan des mesures d'urgence: évacuation, stratégie de communication, fuite de gaz, appel à la bombe code blanc (personne agressive. etc.

8.8 Prévention du suicide travail amorcé non considéré,

6,3 Le plan stratégique est conforme au personnel en place (structure de postes revue régulièrement

14.4 Tous les accidents sont divulgués et analysés

15.1 Plan intégré de la qualité réévalué régulièrement

11.2 Attendons avis juridique du contentieux

9.3 Les bonbonnes d'oxygène étaient vides en attente du fournisseurs, les bonbonnes pleines sont dans un local sous clé.

les chariots fermés sont en attente de livraison du fournisseurs.

Plan des mesures d'urgence en place accepté par le service des incendies

4.9 Le plan stratégique est affiché et connu de tous familles employés page 21 du rapport contradictoire

6.2, 9.2, 3.3 16.8 tous ces articles sont appliqués dans LA RÉSIDENCE preuves à l'appui lire commentaires des visiteurs page 21

3.5 commande de coffre dans les filières à médicaments voir page 26 pas de rapport d'accidents en lien avec erreurs de médicaments car il y en a pas. (21.2, 21.3, 23.1, 23.3, 23.4, 23.5

7,7 avons des contenants jaune sécuritaires depuis plusieurs années

2.2, 4.1, 4.2, 5.2, 5.3, 9.3 procédures de prévention et contrôle des infections en place

11.6 Santé publique consultée

13.1, 13.5 Faits

Lire commentaires des visiteurs p.30 incohérence entre les critères non-conformes et les commentaires

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.