



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum^{MD}
Soins de longue durée

Centre d'hébergement de la Marée inc.

Rapport publié : 25/01/2023

Table des matières

À propos d’Agrément Canada	3
À propos du rapport d’agrément	3
Confidentialité	3
Sommaire	5
À propos de l’organisation	5
Aperçu des observations de l’équipe de visiteurs	5
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	5
Aperçu du programme	6
Statut d’agrément	7
Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément.	7
Pratiques organisationnelles requises	8
Résultats de l’évaluation divisés par chapitre	10
Gouvernance et leadership	10
Modèles de prestation de soins	12
Gestion des situations d’urgence et des catastrophes	13
Prévention et contrôle des infections	14
Gestion des médicaments	16
Expérience de soins des résidents	18
Aperçu de l’amélioration continue de la qualité	20

À propos d'Agrément Canada

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

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

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

À propos du rapport d'agrément

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

Dans le cadre de ce programme, l'organisation a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 12/12/2022 à 14/12/2022.

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

Confidentialité

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

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

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

© Agrément Canada et ses concédants de licence, 2022. Tous droits réservés.

Sommaire

À propos de l'organisation

Le Centre d'hébergement de la Marée est situé dans un quartier recherché de Montréal. C'est un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé non conventionné.

La direction, les employés et les consultants travaillent tous de concert afin d'offrir un milieu chaleureux et sécuritaire où l'on cherche à satisfaire pleinement les résidents et leurs familles.

Les 43 chambres du CHSLD occupent deux étages sécurisés de la résidence Au Fil De L'Eau située au bord de la Rivière des Prairies.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Depuis la dernière visite d'agrément en 2018, le centre a connu plusieurs améliorations, notamment la révision de plusieurs politiques et procédures, une nouvelle plateforme informatique pour mieux assurer un suivi auprès des résidents, un accompagnateur dédié à chaque résident ainsi que des changements dans le mobilier et la salle à manger.

La stabilité non seulement des deux propriétaires, mais aussi du personnel est un avantage qui facilite un climat chaleureux, un climat de confiance et une complicité avec le résident et sa famille.

Les partenaires sont heureux de travailler avec le centre. Ils confirment que le centre s'adapte facilement aux changements proposés. Tant la pharmacienne que la commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Est-de-l'Île décrivent des relations harmonieuses.

Les témoignages des résidents et des familles confirment que le centre a pour objectifs d'assurer la meilleure qualité de vie possible, de chercher à s'adapter afin de répondre aux besoins de sa clientèle, de favoriser l'intégration du résident dans sa nouvelle famille, de promouvoir l'implication des proches et d'assurer des soins sécuritaires et de qualité.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Le centre est un petit milieu qui compte 43 chambres. Ce centre a plusieurs avantages pour le personnel et ses résidents, notamment sa dimension humaine, la facilité à identifier ce qui est profitable et ce qui l'est moins, la prise de décision rapide, le milieu de travail et le milieu de vie favorisant un climat familial, etc.

Cependant, il y a aussi des inconvénients comme la complexité, pour un cadre, d'être un généraliste et assumer plusieurs rôles, le départ d'un employé peut mettre en péril la couverture professionnelle, la difficulté à mettre en place de nouvelles initiatives, la limitation dans l'accès à une expertise de pointe, la formation, etc.

La direction et toute l'équipe assurent par leur approche une prestation de soins de qualité. Dans des défis à relever, on peut retenir la divulgation d'un événement indésirable, le programme de soins de plaies, un dépistage du risque suicidaire et la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevée.

Aperçu du programme

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

Le Programme Qmentum^{MD}-- Soins de longue durée est un programme d'agrément qui oriente et soutient l'organisation dans sa trajectoire d'amélioration continue de la qualité visant à offrir des soins sécuritaires, fiables et de haute qualité à ses résidents. Les principaux volets du programme sont notamment le cycle d'agrément continu, l'outil d'évaluation mis à jour divisé en chapitres, quatre méthodes d'évaluation complètes, deux sondages¹ (le Sondage sur le fonctionnement de la gouvernance et le Sondage mené auprès de la main-d'œuvre sur le bien-être, la qualité et la sécurité) et une plateforme numérique en nuage sécurisée qui servira à la réalisation de ces activités.

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

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

Chapitre 1 : Gouvernance et leadership

Chapitre 2 : Modèles de prestation de soins

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

Chapitre 4 : Prévention et contrôle des infections

Chapitre 5 : Gestion des médicaments

Chapitre 6 : Expérience de soins des résidents

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

Statut d'agrément

Le statut d'agrément de Centre d'hébergement de la Marée inc. est :

Agréé avec mention

L'organisation dépasse les exigences de base du programme d'agrément..

Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément

Cette organisation exerce ses activités dans 1 installation différentes. Des évaluations virtuelles² et des attestations³ seront effectuées à toutes les installations de l'organisation, le cas échéant.

Le tableau suivant présente un résumé des installations⁴ évaluées lors la visite sur place de l'organisation.

Tableau 1. Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Sur place
Centre d'hébergement de la Marée	

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

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

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

Pratiques organisationnelles requises

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

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

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gouvernance et leadership	Responsabilité liée à la qualité des soins	6 / 6	100.0%
Gouvernance et leadership	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.0%
Gouvernance et leadership	Plan de sécurité des usagers	2 / 4	50.0%
Gouvernance et leadership	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.0%
Gouvernance et leadership	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.0%
Gouvernance et leadership	Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers	5 / 6	83.3%
Prévention et contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	3 / 3	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Taux d'infection	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Médicaments de niveau d'alerte élevé	4 / 6	66.7%
Gestion des médicaments	Sécurité liée à l'héparine	1 / 1	100.0%

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gestion des médicaments	Sécurité liée aux narcotiques	0 / 0	0.0%
Gestion des médicaments	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	4 / 4	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des chutes et réduction des blessures	6 / 6	100.0%
Expérience de soins des résidents	Soins de la peau et des plaies	6 / 8	75.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des plaies de pression	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention du suicide	2 / 5	40.0%
Expérience de soins des résidents	Identification des usagers	1 / 1	100.0%
Expérience de soins des résidents	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Sécurité liée aux pompes à perfusion	6 / 6	100.0%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Gouvernance et leadership

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

Évaluation du chapitre : 95.1% des critères sont conformes

4.9% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 3 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi. Les directives relatives à l'attribution de l'agrément pour la phase 4 sont indiquées dans le tableau A de l'Annexe.

Résultats de l'évaluation :

Gouvernance

Le conseil d'administration est formé des deux propriétaires, Madame Lepage et Madame Tanguay. Ils se réunissent régulièrement pour discuter à la fois des ressources humaines, financières, administratives et cliniques. Mme Lepage s'occupe surtout de l'administration. Mme Tanguay s'occupe plus des finances. D'une part, il n'y a pas de procès-verbaux de leurs rencontres. D'autre part, les cadres témoignent de l'exhaustivité des mécanismes d'examen et d'approbation.

La gouvernance met l'accent sur les soins centrés sur les personnes. La direction écoute les commentaires, les remarques des résidents et des familles. Un registre des insatisfactions en tien lieu.

Avec seulement 43 lits qui sont répartis sur deux étages, les propriétaires sont bien informés de ce qui se passe. De plus, une des propriétaires anime, une fois par mois, la Causerie. C'est une réunion qui traite un thème et qui permet aux résidents et les familles de s'exprimer sur d'autres sujets.

L'accès est mis sur la sécurité et la qualité des soins et des services. Des données sur les plaies de pression, les contentions, les risques associés aux médicaments, les risques de chutes, etc. sont présentés aux propriétaires.

Leadership

Les propriétaires sont bien soutenues par la directrice des services administratifs et la directrice des soins infirmiers. Ce groupe forme la haute direction. La direction approche la sécurité organisationnelle par une approche de proximité. On suit de près ce qui se passe sur les étages. On recueille l'information auprès du personnel, des résidents, des familles et du comité des usagers. Ce comité est fonctionnel, mais la direction pourrait aider à peaufiner sa crédibilité. On s'ajuste selon les informations. On met en action des pistes d'amélioration. Cependant, les actions entreprises auraient probablement avantage à être mieux documentées par écrit.

La violence en milieu de travail n'est pas tolérée et si un problème survient, on le règle rapidement. La direction peut même faire appel à des consultants, plus récemment à une consultante en sécurité du travail, afin de trouver des solutions gagnant-gagnant (win-win) pour tous.

La mission, la vision et les valeurs sont affichées sur les étages. D'ailleurs, la direction s'apprête à revoir

sa mission en 2023.

L'environnement physique est géré de manière à assurer la sécurité. Le CHSLD est locataire de deux étages du complexe Au Fil de l'eau. Certains éléments comme la ventilation, le chauffage, les ascenseurs sont gérés par Au Fil de l'eau.

Concernant le plan de sécurité, il y a plusieurs documents qui traitent de la sécurité notamment, un document sur la procédure AH-223, une politique en cas de crise, une politique sur la vaccination, une sur le BCM, une sur la double identification, une en pharmacie, etc. Cependant, il n'y a pas de plan de sécurité comme tel. Il n'y a pas non plus d'identification de priorités ou de buts stratégiques au regard du plan.

Il y a un court texte portant sur la divulgation. L'organisme aurait avantage à documenter le processus. L'organisme pourrait s'inspirer des informations contenues dans la POR, mais aussi de ce que l'on retrouve sur le WEB, auprès de l'ordre des infirmiers/infirmière ou auprès du CISSS ou encore de l'ACMDP. Il faudrait aussi s'assurer que la personne qui participe à la divulgation reçoit de la formation.

L'organisme pourrait développer un tableau de bord qualité, sécurité et performance intégrant l'ensemble des activités de la résidence. Les thématiques visant principalement des indicateurs clientèle (satisfaction, volume d'activités, accidents-incidents), les indicateurs employés (climat de travail, accidents-incidents, formation) et des indicateurs financiers. Ce tableau servirait de suivi des activités auprès des propriétaires et de son équipe de direction.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.2.15	Plan de sécurité des usagers	POR
1.2.15.2	Un plan et un processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des résidents cernés.	
1.2.15.3	Le plan comprend la sécurité des résidents sous forme de priorité ou de but stratégique formulé par écrit.	
1.2.18	Divulgation des incidents liés à la sécurité des usagers	POR
1.2.18.3	Les personnes responsables de diriger et d'appuyer le processus de divulgation reçoivent de la formation sur la divulgation.	

Modèles de prestation de soins

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

Évaluation du chapitre : 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 4 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi. Les directives relatives à l'attribution de l'agrément pour la phase 4 sont indiquées dans le tableau A de l'Annexe.

Résultats de l'évaluation :

Le personnel a les compétences et les certifications requises. Il est à noter qu'il arrive qu'il n'y ait pas d'infirmière durant la nuit. Dans ce cas, il y a une infirmière auxiliaire sur place qui est soutenue par l'infirmière-chef de garde à domicile. Le CISSS est bien informé de cette situation liée à la pénurie de personnel.

Le programme d'orientation des nouveaux membres est bien adapté aux situations.

Le rendement de chaque membre n'a pas été évalué durant la pandémie. Cependant, le processus est en cours. Tous les membres de la haute direction ont été évalués.

La direction porte une attention particulière à la qualité de vie de son personnel. La direction souligne de plusieurs façons le bon travail du personnel.

La participation des résidents et des familles est favorisée. À titre d'exemple, les entrevues d'embauche de personnel ont été réalisées en présence d'un patient partenaire.

Un dossier complet pour chaque résident est tenu à jour. Le dossier étant informatique, il est facile de s'assurer si tous les éléments et les actions à poser sont inclus. C'est l'infirmière-chef qui vérifie les dossiers.

L'organisme a une politique sur la télésanté avec des définitions, des indications et contre-indications, les complications et les directives.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Gestion des situations d'urgence et des catastrophes

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

Évaluation du chapitre : 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 5 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi. Les directives relatives à l'attribution de l'agrément pour la phase 4 sont indiquées dans le tableau A de l'Annexe.

Résultats de l'évaluation :

La politique sur les mesures d'urgence spécifie la fréquence des exercices et des séances d'informations. Deux fois par année, il y a un exercice d'évacuation et quelques fois, il y a des simulations de situations médicales ou autres comme une personne en crise, comme une personne en fugue, etc.

Il y a des liens avec des intervenants externes afin d'effectuer la planification en cas de situations d'urgence.

On retrouve, sur les étages, des renseignements aux résidents et familles sur la réponse aux situations d'urgence.

Lors d'exercices d'évacuation ou lors de simulation, il y a un débriefage ou une séance d'évaluation et des améliorations sont apportées.

L'organisme a été proactif lors de la COVID. Il avait l'équipement de protection individuelle requis. Ils ont pris les mesures nécessaires tout au début.

Il est bon de rappeler que les plans de prévention et de réduction des risques doivent décrire les éléments, les sinistres et les situations d'urgence potentielles auxquelles l'organisme est confronté. Ils devraient aussi contenir la probabilité que le sinistre ou l'urgence survienne et les répercussions éventuelles du sinistre ou de l'urgence sur l'organisme. C'est ce que l'on nomme la criticité du risque.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Prévention et contrôle des infections

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

Évaluation du chapitre : 96.7% des critères sont conformes

3.3% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 6 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi. Les directives relatives à l'attribution de l'agrément pour la phase 4 sont indiquées dans le tableau A de l'Annexe.

Résultats de l'évaluation :

La politique sur la prévention des infections inclut les divers aspects nécessaires à la prévention et au contrôle des infections. Cette politique est facilement accessible pour le personnel par le biais du logiciel Sofi.

Le contexte de pandémie a grandement contribué à la formation du personnel, des familles et des proches sur les pratiques de base et additionnelles. La conformité à ces pratiques est pérenne, à titre d'exemple, il a été observé lors d'un repas que le personnel a désinfecté les mains des résidents en plus des leurs. Au besoin, des formations peuvent être visionnées par le personnel sur Sofi.

L'hygiène des mains est réalisée par le personnel et la direction évalue cette pratique par des audits mensuels. La conformité au port des équipements de protection individuelle est aussi auditée. Le personnel et les résidents sont informés de ces résultats par L'Écho de la Marée.

Les lieux sont propres et sentent bon, les employés en hygiène et salubrité connaissent bien leurs rôles et l'importance de leur implication dans la prévention et le contrôle des infections.

Le personnel infirmier utilise des aiguilles standards à l'exception des cathéters intraveineux qui sont munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus et tranchants. Il est souhaité qu'il soit uniquement utilisé des aiguilles munies d'un dispositif sécuritaire. En contrepartie, il y a conformité pour l'élimination des objets pointus et tranchants sur les unités de soins.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.11	Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus et tranchants sont utilisés.	Priorité normale

Gestion des médicaments

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

Évaluation du chapitre : 94.5% des critères sont conformes

5.5% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 7 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi. Les directives relatives à l'attribution de l'agrément pour la phase 4 sont indiquées dans le tableau A de l'Annexe.

Résultats de l'évaluation :

Le CHSLD La Marée a une entente avec la pharmacie Sonia Boutin pour la médication. La personne responsable de la gestion des médicaments est Madame Nathalie Collin, en collaboration avec une pharmacienne attitrée au CHSLD. Leurs actions découlent de la politique Pharmacie de l'établissement qui est accessible pour le personnel.

Cette politique comprend beaucoup d'informations en lien avec les rôles et les responsabilités de chacun et les étapes du circuit du médicament. Qui plus est, on y retrouve plusieurs annexes, dont la liste des abréviations qui ne doivent pas être utilisées et la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé.

L'établissement est encouragé à développer une stratégie complète de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé en isolant de la politique Pharmacie ce qui a trait à ces produits. Cela permettrait de personnaliser la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé aux besoins spécifiques des résidents et de préciser les procédures relatives à l'entreposage, l'ordonnance, la préparation, l'administration, etc.

Lors de l'administration de la médication, le personnel infirmier est au fait de la double identification ainsi que de la contre-vérification indépendante au niveau des médicaments de niveau d'alerte élevé. Pour ce faire, des photos sont insérées pour chaque résident à la feuille d'administration de la médication (FADM) en plus de son casier dans le chariot de distribution de la médication. Il serait bénéfique pour la clientèle que certaines photos soient mises à jour.

Il y a parfois l'administration de médicaments cytotoxiques, cependant il n'y a pas de trousse pour déversement de produit dangereux à l'endroit où ce type de médicament est administré.

Avec la pharmacienne, le meilleur schéma thérapeutique possible (MTSP) est réalisé ainsi que le BCM.

La force du partenariat entre le personnel du CHSLD et la pharmacie assure une continuité et la gestion sécuritaire du circuit du médicament pour les résidents. Il y a des trajectoires de communications établies et connues du personnel, et ce, pour les quarts de jour, de soir et de nuit.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.5	Médicaments de niveau d'alerte élevé	POR
5.1.5.3	La politique comprend une liste des médicaments de niveau d'alerte élevé recensés par l'organisme.	
5.1.5.4	La politique comprend des procédures pour l'entreposage, l'ordonnance, la préparation, l'administration, la délivrance et la consignation de chaque médicament de niveau d'alerte élevé, le cas échéant.	
5.1.48	Des mesures sont prises pour protéger la santé et la sécurité des membres de l'équipe qui transportent, administrent et éliminent les médicaments cytotoxiques ou d'autres médicaments dangereux.	Priorité élevée
5.1.49	Une trousse pour déversements de produits dangereux se trouve à portée de la main dans tous les endroits où des médicaments cytotoxiques ou d'autres médicaments dangereux sont livrés et administrés.	Priorité élevée

Expérience de soins des résidents

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

Évaluation du chapitre : 89.4% des critères sont conformes

10.6% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 8 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi. Les directives relatives à l'attribution de l'agrément pour la phase 4 sont indiquées dans le tableau A de l'Annexe.

Résultats de l'évaluation :

La direction du CHSLD offre diverses formations pour développer et maintenir les connaissances du personnel. Elles portent notamment sur la loi visant la lutte contre la maltraitance, les symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence, les contentions, les soins palliatifs et sont présentées sous différentes formes. Cependant, afin d'enrichir la façon de travailler avec les résidents et leurs proches en respectant l'héritage culturel et les croyances religieuses, une formation serait complémentaire aux pratiques actuelles de l'équipe de soins.

Au moment de l'admission au CHSLD, le résident et ses proches reçoivent un guide d'accueil comportant de nombreuses informations. La trajectoire de communication avec le répondant du résident y est précisée, le code d'éthique, les droits et responsabilités du résident et ses proches, la procédure des plaintes, les services inclus et exclus.

Quelques semaines après l'admission, une rencontre avec le résident et ses proches est prévue et il en découle un plan d'intervention individualisé. Cela constitue un moment d'échange entre le résident, ses proches et l'équipe clinique.

L'état de santé est évalué par divers outils standardisés, tels que l'échelle de Braden, l'échelle de dépression gériatrique, l'évaluation du risque de chute, l'examen Folstein de l'état mental.

La prévention et la gestion des plaies de pression sont bien connues du personnel. Le suivi des autres types de plaies est assuré par le personnel infirmier. Toutefois, afin de compléter les outils d'évaluation, de suivi des plaies et les formations, l'établissement devrait se doter d'un document basé sur les données probantes en matière de soins de la peau afin de favoriser une approche globale et collaborative.

La clientèle hébergée en CHSLD nécessite une évaluation de son état de santé mentale et de son bien-être émotionnel. Ainsi, il est souhaité que l'établissement développe sa pratique pour l'évaluation du risque suicidaire, et ce, comprenant la détection, l'intervention et que le tout soit documenté au dossier du résident.

En ce qui concerne le milieu de vie, les deux unités de soins sont calmes et paisibles. Les résidents ont accès à diverses activités de loisirs selon un calendrier préétabli. L'activité repas est réalisée en présence du personnel qui assiste les résidents selon leurs besoins. Néanmoins, des commentaires sur

la nourriture ont été émis par les résidents par rapport à la température des aliments, et cette problématique est connue de la direction.

En terminant, l'implantation du logiciel Sofi permet d'avoir facilement accès aux informations transmises lors des rapports interservices. L'équipe a toutefois maintenu un rapport verbal afin de s'assurer de bien transmettre l'ensemble de l'information concernant les résidents.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.5	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les résidents, les familles ou les proches aidants tout en respectant l'héritage culturel, les croyances religieuses et les besoins diversifiés en matière de soins.	Priorité normale
6.2.8	L'équipe facilite l'accès aux services de traduction et d'interprétation.	Priorité normale
6.3.2	Soins de la peau et des plaies	POR
6.3.2.1	Une approche documentée et coordonnée des soins de la peau et des plaies est en place pour aider les médecins, le personnel infirmier et les prestataires de soins paramédicaux à travailler en collaboration et donne accès à un éventail de compétences appropriées pour la population de résidents.	
6.3.2.8	L'efficacité du programme des soins de la peau et des plaies est vérifiée en évaluant les processus mis en place pour donner les soins (p. ex., diagnostic précis, traitement approprié, etc.) et les résultats (p. ex., durée de guérison, douleur, etc.); ces renseignements sont utilisés pour apporter des améliorations.	
6.3.4	Prévention du suicide	POR
6.3.4.1	Les résidents présentant un risque de suicide sont détectés.	
6.3.4.2	Le risque de suicide chez chaque résident est évalué à des intervalles réguliers ou à mesure que les besoins changent.	
6.3.4.5	La mise en œuvre des stratégies d'intervention et de suivi est documentée dans le dossier du résident.	

Aperçu de l'amélioration continue de la qualité

La direction et le personnel prennent grand soin des résidents. Le centre s'adapte aux besoins du résident. Chaque résident est unique. L'approche personnalisée dans le respect est la marque de commerce du centre. Plusieurs services sont offerts afin de rendre le séjour confortable et sécuritaire. De plus, le centre répond à des besoins particuliers en s'adjoignant de nombreux professionnels qui offrent des services spécialisés.

Non seulement la direction prend soin de ses résidents, mais elle prend aussi soin de son personnel. Des attentions particulières, de la conciliation travail-famille, une charge de travail raisonnable, la flexibilité des horaires et des activités de reconnaissances favorisent un milieu de travail chaleureux.