



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

## **Maison des Aînés de St-Timothée inc.**

Salaberry-de-Valleyfield, QC

Dates de la visite d'agrément : 3 au 5 juin 2019

Date de production du rapport : 9 août 2019

## Au sujet du rapport

Maison des Aînés de St-Timothée 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 juin 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

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>10</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>11</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	12
Processus prioritaire : Planification et conception des services	12
Processus prioritaire : Gestion des ressources	14
Processus prioritaire : Capital humain	15
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	17
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	20
Processus prioritaire : Communication	21
Processus prioritaire : Environnement physique	22
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	23
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	24
Processus prioritaire : Cheminement des clients	26
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	27
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	28
Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	28
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	31
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	33
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	<b>38</b>
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers	38
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	40
<b>Commentaires de l'organisme</b>	<b>42</b>

<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>43</b>
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	<b>44</b>

---

## Sommaire

Maison des Aînés de St-Timothée 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

Maison des Aînés de St-Timothée 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 : 3 au 5 juin 2019**

- **Emplacement**

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

1. Maison des Aînés de St-Timothée 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

## 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.)	13	1	1	15
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	10	0	0	10
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	120	17	10	147
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	33	6	0	39
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	61	5	4	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.)	133	35	11	179
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	5	0	1	6
<b>Total</b>	<b>382</b>	<b>64</b>	<b>27</b>	<b>473</b>



## 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	35 (92,1%)	3 (7,9%)	2	55 (82,1%)	12 (17,9%)	3	90 (85,7%)	15 (14,3%)	5
Prévention et contrôle des infections - Organismes extra-hospitaliers	27 (93,1%)	2 (6,9%)	5	39 (86,7%)	6 (13,3%)	2	66 (89,2%)	8 (10,8%)	7
Gestion des médicaments - Organismes extra-hospitaliers	46 (95,8%)	2 (4,2%)	4	42 (91,3%)	4 (8,7%)	6	88 (93,6%)	6 (6,4%)	10
Soins de longue durée	40 (72,7%)	15 (27,3%)	0	82 (83,7%)	16 (16,3%)	1	122 (79,7%)	31 (20,3%)	1
<b>Total</b>	<b>148 (87,1%)</b>	<b>22 (12,9%)</b>	<b>11</b>	<b>218 (85,2%)</b>	<b>38 (14,8%)</b>	<b>12</b>	<b>366 (85,9%)</b>	<b>60 (14,1%)</b>	<b>23</b>

\* 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Divulgence des événements (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Non Conforme	3 sur 6	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
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
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	6 sur 6	2 sur 2
Programme d'entretien préventif (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention des plaies de pression (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Stratégie de prévention des chutes (Soins de longue durée)	Non Conforme	3 sur 3	0 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.**

La Maison des aînés de Saint-Timothée inc. est un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) non conventionné qui détient un permis du Ministère de la Santé et des Services sociaux depuis 1994. L'organisme a établi une entente de services pour la totalité de ses 66 lits avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. L'établissement compte près de 100 employés et le budget annuel global est d'environ 5,5 millions de dollars.

### Direction et partenariats:

La direction de l'établissement est très présente et stable depuis plusieurs années. Elle a su faire grandir l'organisation au fil des ans et possède une connaissance fine des opérations. Pour renforcer sa présence dans la communauté et son leadership, elle a établi des liens de collaboration avec des partenaires du réseau public, notamment la direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et la direction qualité évaluation performance et éthique (DQEPE) du CISSS de la Montérégie-Ouest. Ces liens concernent tout particulièrement le mécanisme d'accès à l'hébergement et le système de gestion des risques à la sécurité des usagers. Les partenaires rencontrés dans le cadre de la présente visite d'agrément témoignent de relations positives et constructives. Soulignons également que l'établissement est membre très impliqué de l'Association des établissements de longue durée privés du Québec (AELDPOQ).

### Gestion de la qualité et des risques:

L'organisation est bien engagée dans sa volonté d'amélioration et elle entame présentement son quatrième cycle d'agrément. L'équipe de direction s'est beaucoup investie dans les travaux préparatoires à la visite d'agrément. Dans une optique d'amélioration continue, on l'encourage dans l'avenir à répartir les actions visant une meilleure conformité aux normes sur l'ensemble du cycle d'agrément. Divers projets d'amélioration sont présentement mis de l'avant, notamment en ce qui concerne l'amélioration du milieu de vie. La mesure de l'efficacité de ces actions par le biais d'indicateurs serait à parfaire. En matière de sécurité, l'établissement a mis en place des pratiques de déclaration et de divulgation des accidents et incidents. Un défi demeure quant à la formalisation de la gestion de ces processus administratifs. Soulignons qu'un plan des mesures d'urgence a été élaboré relativement aux différentes situations d'urgence potentielles (ou codes) et que des activités de formation sont offertes à cet égard. On rappelle à l'établissement l'importance également de mener des exercices pratiques.

### Approche de soins centrés sur les personnes:

L'établissement démontre une ouverture face à l'approche de soins centrés sur les personnes. Certains outils permettent d'évaluer l'expérience-patient. L'établissement est toutefois encouragé à sonder plus régulièrement les résidents et les familles dans une optique d'amélioration. Certains comités prévoient la participation d'usagers et de familles, tout particulièrement au plan clinique lors de l'élaboration des plans de soins et de services. Il serait souhaitable que l'organisme établisse un partenariat plus étroit avec les usagers et les familles, non seulement en ce qui concerne la planification des soins, mais également l'organisation des services. Il importe de renforcer ces liens en impliquant davantage la clientèle dans la prise de décision organisationnelle.

### Dotation du personnel et qualité de vie au travail :

Au plan de la gestion des ressources humaines, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre sont au cœur des préoccupations et l'établissement s'efforce d'y remédier. Le sondage sur la qualité de vie au travail (sondage Pulse) a été administré et un plan d'action en découle prenant en considération, entre autres, les préoccupations de lourdeur de tâche et le désir de reconnaissance. Un programme a été élaboré pour veiller à la prévention de la violence en milieu de travail et son déploiement est bien engagé. L'offre de formation prévoit des activités annuelles sur des thématiques reliées à la sécurité des résidents ainsi que sur le maintien des compétences du personnel. Il importe toutefois de déployer dans l'avenir un programme de formation portant sur les thématiques soulevées durant la présente visite d'agrément.

### Prestation des soins et conformité aux POR:

L'équipe clinique récemment rehaussée et diversifiée est complémentaire et convaincue de la nécessité de faire équipe au bénéfice des résidents et des familles. Les intervenants témoignent du souci de référer aux meilleures pratiques et de les intégrer dans un rythme tenant compte du contexte du milieu. On les encourage à poursuivre en ce sens. Différents domaines d'activités cliniques ont été évalués dans le cadre de cette visite. Ils présentent dans l'ensemble un bon niveau de conformité aux normes et aux critères de qualité et de sécurité. L'établissement est invité à rehausser sa conformité aux pratiques organisationnelles requises, notamment en ce qui concerne la prévention du suicide et la prévention de chutes.

En somme, l'équipe visiteuse d'Agrément Canada a constaté que la Maison des Aînés de Saint-Timothée s'inscrit dans une volonté d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services. La volonté et les ressources sont présentes pour aller au-delà de pratiques actuelles et viser une meilleure conformité aux bonnes pratiques en matière de sécurité des usagers.

## 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>	
<p><b>Mécanisme de déclaration des événements indésirables</b> 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"> <li>Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers 14.4</li> </ul>
<p><b>Divulgence des événements</b> Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en oeuvre pour divulguer aux usagers et aux familles les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux *.* Appelée « Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers 14.6</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Stratégie de prévention des chutes</b> Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soins de longue durée 8.6</li> </ul>
<p><b>Prévention du suicide</b> Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soins de longue durée 8.8</li> </ul>

## 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
<b>Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers</b>	
1.6 L'apport des usagers ou résidents et des familles est obtenu dans le cadre des principaux processus décisionnels de l'organisme.	
4.1 Un processus vise à élaborer ou à mettre à jour l'énoncé de mission avec l'apport des membres de l'équipe, des usagers ou résidents, des familles et des principales parties prenantes.	
4.12 Les politiques et les procédures concernant l'ensemble des fonctions, des opérations et des systèmes clés de l'organisme sont documentées, autorisées, mises en oeuvre et mises à jour.	

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

Dans l'énoncé de sa vision, l'organisme souligne l'importance de la participation du résident et de sa famille. Cette approche de soins centrée sur les personnes se reflète tout particulièrement au plan clinique. On encourage le milieu à impliquer également les usagers et les familles dans les principaux processus décisionnels de l'organisme. Le processus de mise à jour du plan stratégique aurait aussi avantage à se faire avec l'apport des résidents, des familles et des partenaires.

L'équipe de direction de l'organisme a adopté un plan stratégique 2015-2019. Au moment d'élaborer le prochain plan stratégique, on encourage l'organisme à mettre à contribution lors de cet exercice, les usagers et les familles, de même que les partenaires du réseau. Il importe également que ce plan stratégique soit diffusé auprès des personnes concernées, autant à l'interne qu'à l'externe.

Le plan stratégique de l'organisme inclut un plan opérationnel précisant les actions à mettre en oeuvre, les échéanciers, ainsi que les indicateurs de mesure de l'atteinte des résultats. Plusieurs indicateurs d'ordre qualitatif réfèrent à la mise en place de processus. La culture de la mesure pourrait être renforcée par le recours plus fréquent à des indicateurs ciblés quantifiables autant au plan clinique que de la gestion.

Certaines politiques et procédures ont été élaborées concernant les opérations de l'organisme. Toutefois, plusieurs procédures sont mises en oeuvre et transmises de manière informelle. On encourage l'organisme à renforcer la formalisation des politiques et procédures reliées aux aspects de sécurité, tout en veillant à les rendre disponibles et à susciter l'appropriation de cette information auprès des personnes concernées.

## 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'organisme présente une saine santé financière. Le budget annuel d'exploitation est préparé de manière rigoureuse par le président directeur général de l'établissement en s'appuyant principalement sur une base historique. Des mécanismes souples permettent de déplacer les ressources à l'intérieur des unités opérationnelles et des secteurs de services ou programmes, en fonction de l'évolution des besoins de la clientèle et de l'offre de services. L'usage optimal des ressources est favorisé par l'adhésion à un regroupement d'achats.

La direction exerce un suivi budgétaire étroit en interpellant les gestionnaires au besoin. Les dépenses en immobilisation sont autorisées tout au long de l'année, en fonction des besoins et des disponibilités financières.

On encourage la direction de l'établissement à partager de manière régulière les préoccupations et les responsabilités financières avec l'ensemble de l'équipe de gestion afin de renforcer la notion d'imputabilité partagée, autant au plan clinique qu'administratif.

## Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers</b>	
2.8 Une politique de vaccination et les procédures connexes, y compris la recommandation de certains vaccins aux membres de l'équipe, sont élaborées et mises en oeuvre.	
10.8 Les rôles et les responsabilités en matière de sécurité des usagers ou résidents sont définis par écrit.	
10.11 Une entrevue de départ est proposée à l'ensemble des membres de l'équipe qui quittent l'organisme.	

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

La pénurie de personnel est un enjeu majeur pour l'organisme et le recours aux agences de main-d'oeuvre est très élevé. Diverses stratégies de recrutement sont déployées. Dans le but de stabiliser les équipes et de favoriser une continuité de soins, on offre des postes de travail stables au personnel d'agence.

La direction se montre soucieuse de contribuer à la qualité de vie du personnel. À titre d'exemple, elle sait accommoder les employés faisant face à des impératifs de la vie personnelle, en étant souple dans la détermination de l'horaire de travail.

Plusieurs documents encadrent la gestion de la santé et de la sécurité au travail : règlements généraux en santé et sécurité au travail, procédure de déclaration d'un risque, procédure de déclaration d'un événement, registre d'événements accidentels, rapport d'enquête et d'analyse, procédure pour un employé victime d'accident de travail. On encourage l'établissement à mettre à jour cette documentation avec le soutien de l'entreprise partenaire qui dispense des services conseils en santé et sécurité au travail.

L'organisme a mis en place diverses mesures afin de prévenir la violence en milieu de travail, concernant tout autant le personnel que les résidents. La politique d'établissement est présentée systématiquement au personnel au moment de l'embauche. De l'information et de la formation sont fournies aux membres du personnel sur la prévention de la violence au travail.

En regard de la vaccination du personnel, des pratiques sont en place. Cependant, il n'y a pas de preuve à l'effet qu'une politique d'établissement ait été élaborée à ce sujet. On encourage l'établissement à formaliser les directives à ce sujet.



La qualité de vie travail a été évaluée en utilisant le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail (novembre 2018). On invite l'organisme à mettre en oeuvre le plan d'action découlant de ce sondage en portant une attention particulière à la charge de travail et aux attentes relatives à la reconnaissance.

Bien que l'actualisation du programme de formation et perfectionnement ait ralenti durant les années 2017 et 2018 en raison de la pénurie de main-d'oeuvre, des formations relatives à divers aspects de sécurité ont été maintenues (ex.: RCR, lavage des mains). Dans les derniers mois, le programme de formation a été réactivé. On invite l'organisme à maintenir ses engagements en regard de la formation en matière de sécurité des soins, tout en favorisant le perfectionnement des compétences en leadership.

Des descriptions de tâches ont été élaborées pour les différentes postes. Toutefois, celles consultées ne précisaient pas nécessairement les rôles et responsabilités en matière de sécurité des usagers. Il serait souhaitable de réviser le contenu des descriptions de tâches en ce sens et de bien les communiquer au personnel.

## 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
<b>Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers</b>	
12.3 Des politiques et des procédures pour la sélection et la négociation des services contractuels sont élaborées et mises en oeuvre.	
<p>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.</p> <p>* Appelé « incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p> <p>14.4.1 Un mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers est mis au point, examiné et mis à jour avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe; il comprend des processus pour déclarer et analyser les événements, recommander des mesures et assurer le suivi des améliorations.</p> <p>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.</p> <p>14.4.3 Une formation documentée sur l'intervention immédiate aux événements est en place pour les membres de l'équipe.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p>
14.6 Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en oeuvre pour divulguer aux usagers et aux familles les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux*. <p>* Appelée « Divulgateion des incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p>	<p style="text-align: center;"></p>

14.6.1	Un processus documenté et coordonné, qui comprend les éléments suivants, est en place pour divulguer les événements aux usagers et aux familles. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels événements doivent être divulgués.</li> <li>• Qui est responsable de diriger et d'appuyer le processus de divulgation.</li> <li>• Quels éléments concernant l'événement peuvent être communiqués et à qui.</li> <li>• Quand et comment divulguer l'information.</li> <li>• Où consigner l'information sur la divulgation.</li> </ul>	<b>PRINCIPAL</b>
14.6.2	Le processus de divulgation est examiné et mis à jour, au besoin, une fois par cycle d'agrément, avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe.	<b>SECONDAIRE</b>
14.6.3	Les personnes responsables de diriger et d'appuyer le processus de divulgation reçoivent de la formation sur la divulgation.	<b>PRINCIPAL</b>
14.6.6	De la rétroaction est demandée aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe au sujet de leur expérience liée à la divulgation; cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation, au besoin.	<b>SECONDAIRE</b>

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

De nombreux plans d'action témoignent d'une démarche d'amélioration de la qualité (plan opérationnel, plans d'action découlant des sondages sur la culture de la sécurité et la qualité de vie au travail, etc.). Plusieurs projets d'amélioration de la qualité découlent de la démarche structurée d'amélioration du milieu de vie. Les gestionnaires, le personnel et des représentants du comité des usagers sont consultés.

L'équipe de direction s'est beaucoup investie dans les travaux préparatoires à la visite d'agrément. Dans une optique d'amélioration continue, on l'encourage dans l'avenir à répartir les actions collectives visant une meilleure conformité aux normes sur l'ensemble du cycle d'agrément.

Un processus clair sur la façon de porter plainte est présenté au moment de l'admission du résident. Les familles rencontrées se sont dites informées à ce sujet et ont souligné l'ouverture de la direction pour ce qui est de donner suite aux témoignages d'insatisfaction.

Le comité des usagers a été récemment renouvelé et ses membres témoignent d'une volonté d'implication dans le milieu au bénéfice des résidents. On encourage la direction à consulter et impliquer davantage ce comité dans le respect de la mission qui lui est confiée par la loi.

Le milieu témoigne d'un souci d'exercer de bonnes pratiques cliniques et certains outils sont utilisés dans le but d'harmoniser des pratiques. On encourage l'organisme à augmenter le recours à des outils cliniques formalisés afin de s'assurer de l'introduction et du respect des lignes directrices basées sur des données probantes.

L'élaboration du plan stratégique 2015-2019 a permis d'identifier les risques et les menaces de l'organisation (plan de sécurité) et des actions ont été prévues pour agir de manière préventive.

Bien que la déclaration des événements se fasse de façon régulière et qu'une analyse et un suivi en découlent, le processus global de gestion des événements est peu formalisé. On encourage l'organisme à mettre à contribution les usagers, les familles et le personnel au moment de son élaboration. Le sondage sur la culture de la sécurité démontre qu'une partie du personnel perçoit une crainte de représailles. L'information et la formation sur l'intervention lors d'événements liés à la sécurité devraient souligner l'existence d'une culture de non-blâme.

La pratique de divulgation des événements aux usagers et aux familles se fait régulièrement, mais le processus global de divulgation est peu formalisé. On encourage l'organisme à mettre à contribution les usagers, les familles et le personnel au moment de son élaboration. Il importe également que de la formation soit offerte au personnel relativement aux bonnes pratiques de divulgation.



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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers</b>	
1.7 Un cadre d'éthique visant à favoriser une pratique respectueuse des règles d'éthique est élaboré ou adopté, et mis en oeuvre avec l'apport des usagers ou des résidents et des familles.	!

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

Les gestionnaires et les intervenants rencontrés sont sensibilisés aux enjeux éthiques, aussi bien au niveau des comportements des individus que des décisions relatives à l'offre de services.

L'organisme a élaboré un code d'éthique des résidents qui décrit les droits et responsabilités. Cette information est livrée aux résidents et aux familles au moment de l'admission au centre d'hébergement.

L'organisme a aussi produit un code d'éthique du personnel précisant le code de conduite et les comportements attendus des membres de l'organisation. Il est systématiquement présenté dans le cadre du processus d'intégration à l'emploi et une vigie constante est exercée quant à son application.

Les questionnements éthiques au sujet de la prestation de soins et services sont discutés au sein de l'équipe interdisciplinaire et en impliquant la direction. Au besoin, le recours au comité d'éthique clinique du CISSS de la Montérégie-Ouest pourrait être envisagé.

On encourage la direction à formaliser le cadre d'éthique de l'établissement en regroupant les lignes directrices, les politiques, les procédures et les outils qui soutiennent la prise de décision éthique (clinique, de gestion ou de la recherche, le cas échéant).

## 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
<b>Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers</b>	
11.3 Des politiques et des procédures sur la gestion de l'information sont élaborées et mises en oeuvre.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

La direction a mis en place des mécanismes pour communiquer avec les résidents, les familles et les partenaires de l'institution (site web, bulletin Info-famille).

Les systèmes de gestion de l'information répondent aux besoins actuels de l'organisme (ex: dossier patient, gestion comptable, gestion des menus). On encourage l'établissement à élaborer les politiques et procédures pour bien encadrer la gestion de l'information.

Le respect de la confidentialité est renforcé par le biais de divers mécanismes: engagement signé au moment de l'embauche, campagne annuelle de promotion, rappels réguliers auprès des équipes de travail.

## Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

L'établissement est un milieu adapté aux besoins des résidents. Les corridors sont larges et dégagés permettant la circulation sécuritaire des résidents. Les portes sont munies d'un système de verrouillage par code. Il y a un système de gicleurs et une génératrice qui sont vérifiés en respect du programme d'entretien préventif établi par l'organisation. Des panneaux d'évacuation sont affichés à chaque sortie. Les dossiers sont maintenus dans un endroit sécurisé (poste d'infirmières). Les archives sont dans un local fermé à clé. Nous encourageons l'organisation à s'assurer que les locaux d'utilité propre et souillée soient fermés à clé.

L'organisation est encouragée à se doter d'un mécanisme de rangement uniforme permettant de repérer efficacement le matériel.

## 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
<b>Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers</b>	
13.5 Des exercices pratiques du plan de préparation en vue d'urgences ou de sinistres ont lieu régulièrement.	!
13.6 Les résultats des exercices sont utilisés pour réviser le plan en vue de sinistres ou d'urgences, au besoin.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Un plan des mesures d'urgence de la Maison des Aînés de Saint-Timothée a été élaboré et mis à jour en 2017. Ce plan couvre les rôles, les fonctions et les procédures des principaux codes, de même que les procédures à suivre en cas de panne d'électricité, d'interruption d'alimentation en eau potable, de même qu'en cas de fuite de gaz propane.

Le gestionnaire responsable du plan de mesures d'urgence procède régulièrement à la formation du personnel par le biais de tournées sur le terrain permettant l'appropriation des connaissances de manière concrète et pratique.

On recommande à l'organisme de mener des exercices pratiques de façon régulière en simulant des diverses situations d'urgence.

## 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
<b>Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers</b>	
3.3 Les équipes, les usagers ou résidents et leur famille reçoivent du soutien afin d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour participer aux activités d'amélioration de la qualité.	
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.	
10.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts dans l'ensemble de l'organisme pour favoriser et améliorer la culture de soins centrés sur l'utilisateur ou le résident et la famille.	
<b>Ensemble de normes : Soins de longue durée</b>	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les résidents et les familles, les partenaires et la communauté.	!
3.3 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants 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.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

L'établissement démontre une belle ouverture face à l'approche de soins centrés sur les personnes.

Certains outils permettent d'évaluer l'expérience-patient. L'établissement est toutefois encouragé à sonder plus régulièrement les résidents et les familles dans une optique d'amélioration.

Certains comités prévoient la participation d'usagers et de familles, tout particulièrement au plan clinique lors de l'élaboration des plans de soins et de services.

Il serait souhaitable que l'organisme établisse un partenariat plus étroit avec les usagers et les familles, non seulement en ce qui concerne la planification des soins, mais également l'organisation des services. Il importe de renforcer ces liens en impliquant davantage la clientèle dans la prise de décision organisationnelle.

On recommande également que de la formation soit offerte au personnel, aux résidents et aux familles pour favoriser une culture de soins centrés sur les personnes et pour aider à travailler en partenariat dans le cadre d'activités d'amélioration de la qualité.

## 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)

L'organisme est associé au mécanisme d'accès en hébergement du CISSS de la Montérégie-Ouest. Le court délai entre la libération d'une chambre et l'admission d'un nouveau résident est respecté dans une optique d'utilisation optimale des lits d'hébergement. Le CISSS exprime un bon niveau de satisfaction quant à l'efficacité des transitions et la flexibilité du milieu d'accueil. La couverture médicale rétablie dans la dernière année y aurait contribué grandement.

## 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)

L'évaluation des besoins en équipement et appareils médicaux est encadrée et gérée par la direction générale. L'organisation procède aux achats, guidée par les besoins des résidents et des intervenants.

Un programme d'entretien préventif des équipements est implanté et suivi systématiquement. Une personne est désignée pour assurer le suivi et la conformité du programme à l'aide d'un registre informatisé. L'entretien des équipements et des appareils médicaux est confié à des ressources internes ou à des compagnies externes selon des ententes signées. Des registres sont complétés en respect des directives établies par l'organisation.

Il n'y a pas d'activité de stérilisation ou de retraitement de matériel et de dispositifs médicaux.



## 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
<b>Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments</b>	
1.6 Une politique sur les échantillons de médicaments est élaborée et mise en oeuvre.	

1.8	Une politique est élaborée et mise en oeuvre pour gérer les pénuries de médicaments.	
2.1	Des critères sont établis pour ajouter des médicaments à la liste des médicaments entreposés ou pour en retirer de la liste.	
2.10	La liste des médicaments entreposés est examinée et mise à jour régulièrement.	
2.11	Les membres de l'équipe sont informés de tout changement apporté à la liste de médicaments entreposés, en fonction de leur rôle.	!
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.	!

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

#### Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

La médication d'une majorité des résidents (45 résidents) est gérée par une pharmacie communautaire. Le circuit des médicaments (préparation, vérification, livraison) est régi par des processus encadrés par la pharmacienne et le personnel concerné de l'organisme. La livraison des médicaments se fait le mardi. La distribution débute le vendredi ce qui laisse le temps d'ajuster et de vérifier, au besoin, si des changements sont nécessaires. Des contenants scellés utilisés pour le transport garantissent la sécurité.

L'administration des médicaments se fait selon les sept bons. La double vérification des médicaments à alerte élevée (p. ex. : l'insuline, les narcotiques) ainsi que l'identification du résident (p. ex. : photo) sont faites en respect des pratiques. L'organisme est invité à formaliser les procédures, offrir des formations pertinentes et du coaching individualisé selon le besoin du personnel infirmier. Aucun résident ne reçoit de médicaments exigeant le recours à des pompes à perfusion.

L'organisme est fortement encouragé à élaborer des politiques et des procédures permettant la gestion des médicaments en respect des meilleures pratiques (p. ex. : la gestion des échantillons des médicaments, la pénurie ou le manque de médicament, le retour des médicaments périmés, etc.). De plus, il appert essentiel de se doter d'une liste pour les médicaments entreposés (p. ex. : réserve commune, notamment du « coffre-fort » situé dans le local de la responsable des soins infirmiers contenant des médicaments contrôlés et d'autres médicaments) en respect des lois et des règlements régissant les médicaments contrôlés, et ce, en étroite collaboration avec les personnes concernées (p. ex. : médecin, pharmacienne, direction générale, responsable des soins infirmiers). Également, certains charriots de médicaments ne sont pas verrouillés et sont laissés sans surveillance ce qui constitue un risque organisationnel potentiel de non-conformité à la sécurité des résidents.

Toutefois, nous soulignons la grande contribution du médecin, de la responsable des soins infirmiers, de la pharmacienne et du personnel infirmier dans l'amélioration continue de la gestion des médicaments. De

plus, la mise en place d'un comité de gestion des médicaments formé du médecin, de la pharmacienne, de la responsable des soins infirmiers et du directeur général constitue un levier essentiel au maintien de la qualité et de la sécurité de la gestion des médicaments.

---

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


Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections</b>	
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.	
7.2 Une politique d'immunisation est élaboré ou adoptée et elle fournit aux usagers ou aux résidents, et aux membres de l'équipe des renseignements leur permettant d'accéder à la vaccination.	!
7.3 Des politiques et des procédures sont en place concernant la bonne façon d'utiliser l'équipement de protection individuelle.	
7.5 Les politiques, et les procédures ainsi que les exigences des lois en ce qui a trait à la manipulation des matières biologiques dangereuses sont respectées.	!
9.5 La conformité aux politiques et procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement physique est régulièrement évaluée, avec l'apport des usagers ou des résidents et des familles, et des améliorations y sont apportées, au besoin.	
13.3 Des commentaires sur l'efficacité des activités de prévention et de contrôle des infections sont recueillis auprès des membres du personnel, des prestataires de services, des bénévoles, des usagers ou des résidents ainsi que des membres de la famille.	
13.4 Les renseignements recueillis au sujet des activités de prévention et de contrôle des infections sont utilisés pour constater les réussites et faire ressortir les possibilités d'amélioration, puis pour apporter des améliorations en temps opportun.	
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.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections</b>	


L'organisme a un programme de prévention des infections. Il n'y a pas de plan d'action en PCI, par contre

des activités planifiées en lien avec l'hygiène des mains sont programmées (p. ex. : à l'orientation). Il serait important d'actualiser les rôles et les responsabilités des personnes concernées par la PCI, et ce, dans tous les secteurs concernés (p. ex. : soins infirmiers, hygiène et salubrité, etc.). Également, il est important de faire des rappels sur l'utilisation de l'équipement de protection individuelle (EPI). L'organisme est encouragé à faire partie de l'association des infirmières en prévention des infections de la région afin de soutenir l'infirmière dédiée dans l'actualisation du programme. De plus, il est suggéré d'établir un partenariat avec les services de prévention et du contrôle des infections du CISSS de la région.

L'hygiène et salubrité est conforme aux normes en PCI. Il serait nécessaire d'actualiser certaines pratiques d'hygiène et de salubrité ainsi que l'élaboration des politiques et des procédures (p. ex. : la gestion des déchets tranchants et biomédicaux, la vaccination, etc.) selon les normes en PCI pour les résidences.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des résidents et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des résidents et des familles.	!
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.	
3.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur l'utilisation sécuritaire de l'équipement, des appareils et des fournitures utilisés pour la prestation des services.	!
3.11 De la formation et du perfectionnement sont fournis à l'équipe sur le recours sécuritaire et approprié aux mesures de contention.	
3.12 De la formation et du perfectionnement sont fournis à l'équipe sur les techniques sécuritaires à utiliser pour déplacer et soulever les résidents.	
5.4 Une politique guide les membres de l'équipe lorsqu'il s'agit de formuler des plaintes, des préoccupations et des griefs.	
5.5 De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.	!
5.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de déceler, réduire et gérer les risques liés à la sécurité des résidents et des membres de l'équipe.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.6 Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	
8.6.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	<b>SECONDAIRE</b>
8.6.5 Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	<b>SECONDAIRE</b>

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.	PRINCIPAL
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.	PRINCIPAL
8.8.3	Les besoins de sécurité immédiats de l'utilisateur chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.	PRINCIPAL
8.8.4	Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.	PRINCIPAL
8.8.5	La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
11.1	Des politiques et procédures pour les ADBD sont élaborées avec l'apport des résidents et des familles.	
11.3	Une orientation et de la formation sur les politiques et procédures relatives aux ADBD sont fournies à tous les professionnels de la santé qui effectuent des ADBD.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
13.6	Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des résidents de manière sécurisée sont suivies.	!
13.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des résidents et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
14.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des résidents et des familles.	
14.3	Des politiques et des procédures pour divulguer l'information sur la santé à des fins d'usage secondaire sont élaborées et suivies.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
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.	!

15.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des résidents et des familles.	!
15.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des résidents et des familles.	!
15.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des résidents et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
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.	!
17.9	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
17.10	L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux résidents, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	
17.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des résidents et des familles.	

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

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

Le résident et la famille ne participent pas dans l'établissement du niveau d'expérience et des compétences approprié au sein de l'équipe. Toutefois, l'organisme a rehaussé la composition de l'équipe multidisciplinaire pour mieux répondre aux besoins des résidents.



**Processus prioritaire : Compétences**

Il n'y a pas de programme d'orientation structuré pour le personnel. Un nouvel employé a une période de jumelage de moins de quatre jours selon les besoins. Le soutien clinique est assuré par la responsable des soins infirmiers et les infirmières coordonnatrices selon les besoins. Toutefois, il importe de préciser que la coordonnatrice n'est pas toujours une infirmière. Dans une visée de sécurité et de qualité des soins, il appert essentiel que l'organisation assure, en tout temps, la présence d'une infirmière sur place pour les quarts de travail soir et nuit notamment. Également, il serait pertinent d'élaborer un programme de formation annuel portant sur diverses formations (p. ex. : soins palliatifs, SDCP, chutes, contentions, plaies, PCI, gestion des médicaments, gestion des risques, etc.) pour le maintien des compétences.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Le personnel démontre avoir un grand souci du bien-être pour les résidents et les familles. Également, les familles rencontrées sont satisfaites de l'approche humaniste envers leurs proches. C'est un milieu de vie qui démontre une grande préoccupation pour s'adapter aux besoins spécifiques et culturels de chaque résident. Le personnel est engagé et dévoué et travaille dans un climat de collaboration.

Le processus d'admission est structuré. Une pochette d'accueil est remise au résident et à sa famille avec les informations nécessaires. L'évaluation des besoins du résident est réalisée dans un délai qui respecte les meilleures pratiques (p. ex. : l'évaluation du risque des plaies). Le médecin, la responsable des soins infirmiers et l'équipe multidisciplinaire sont impliqués dès l'admission. Les services de réadaptation et d'animation-loisirs sont accessibles aux résidents afin de leur permettre de participer à des activités adaptées et collectives en respectant leurs capacités. Un programme de zoothérapie est en vigueur depuis peu. Un PII est élaboré et annexé au dossier du résident. Les informations cliniques à transférer dans les périodes de transition sont accessibles via le dossier informatisé. Le résident et sa famille sont impliqués dans le plan de soins.

Différents programmes (p. ex. : soins palliatifs, chutes, plaies) ont été élaborés ou mis à jour depuis les deux dernières années par la responsable des soins infirmiers. On retrouve divers documents d'autres établissements du réseau de la santé à titre de référence également. Il est fortement conseillé de continuer les efforts pour adapter les outils cliniques et les programmes des soins aux besoins des résidents ainsi qu'aux pratiques professionnelles attendues par l'organisation. Également, l'identification d'indicateurs et des audits de qualité sont nécessaires pour augmenter la surveillance et le contrôle de la qualité des soins (p. ex. : évaluation de l'efficacité des programmes).

Des plans d'action suite à la visite d'inspection des ordres professionnels de l'OIIQ et de l'OIIAQ sont en cours.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Le consentement est demandé et signé par le résident ou par son représentant pour la consultation et la divulgation de renseignements contenus dans son dossier. Les pratiques en regard de l'entreposage, la

conservation et la destruction des dossiers sont en vigueur. Toutefois, l'organisme n'a pas de politique et de procédure permettant de les formaliser. La tenue du dossier est harmonisée. Les données cliniques et les différents outils standardisés sont organisés. L'organisme n'a pas de processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers en collaboration avec les résidents et leurs familles.

#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'organisme peut compter sur le partage des connaissances entre les partenaires associés à la Table de DSI des CHSLD privés non conventionnés. Également, la contribution du médecin et de la responsable des soins infirmiers en regard des meilleures pratiques constitue une source d'information supplémentaire. L'organisme n'a pas de procédure pour choisir les lignes directrices. Toutefois, plusieurs documents de référence portant sur des pratiques cliniques ont été élaborés par des organismes reconnus (p. ex. : MSSS, Institut de gériatrie, etc.).

L'organisation s'est doté des quelques outils de suivi (p. ex. : lavage des mains, plaies, chutes) permettant d'exercer une vigie continue sur les résultats de santé des résidents. Nous encourageons l'organisation à formaliser le suivi d'indicateurs cliniques et à s'en servir pour élaborer des plans d'action évolutifs axés selon les besoins des résidents. Il est fortement suggéré d'établir un partenariat avec la direction des soins infirmiers du CISSS de la région.

## 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

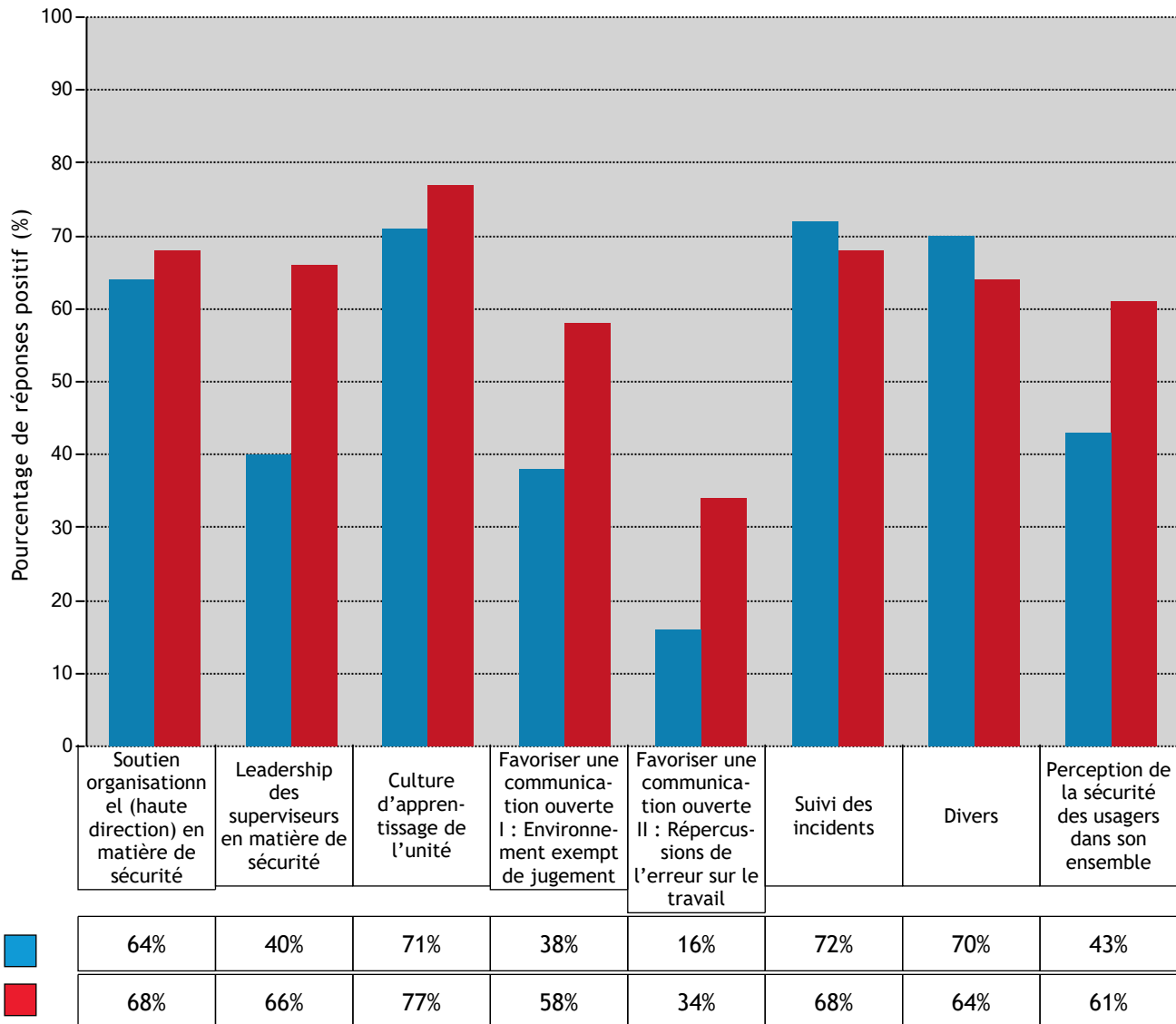
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 9 octobre 2018 au 16 novembre 2018**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 58**
- **Nombre de réponses : 58**

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



**Légende**

■ Maison des Aînés de St-Timothée 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

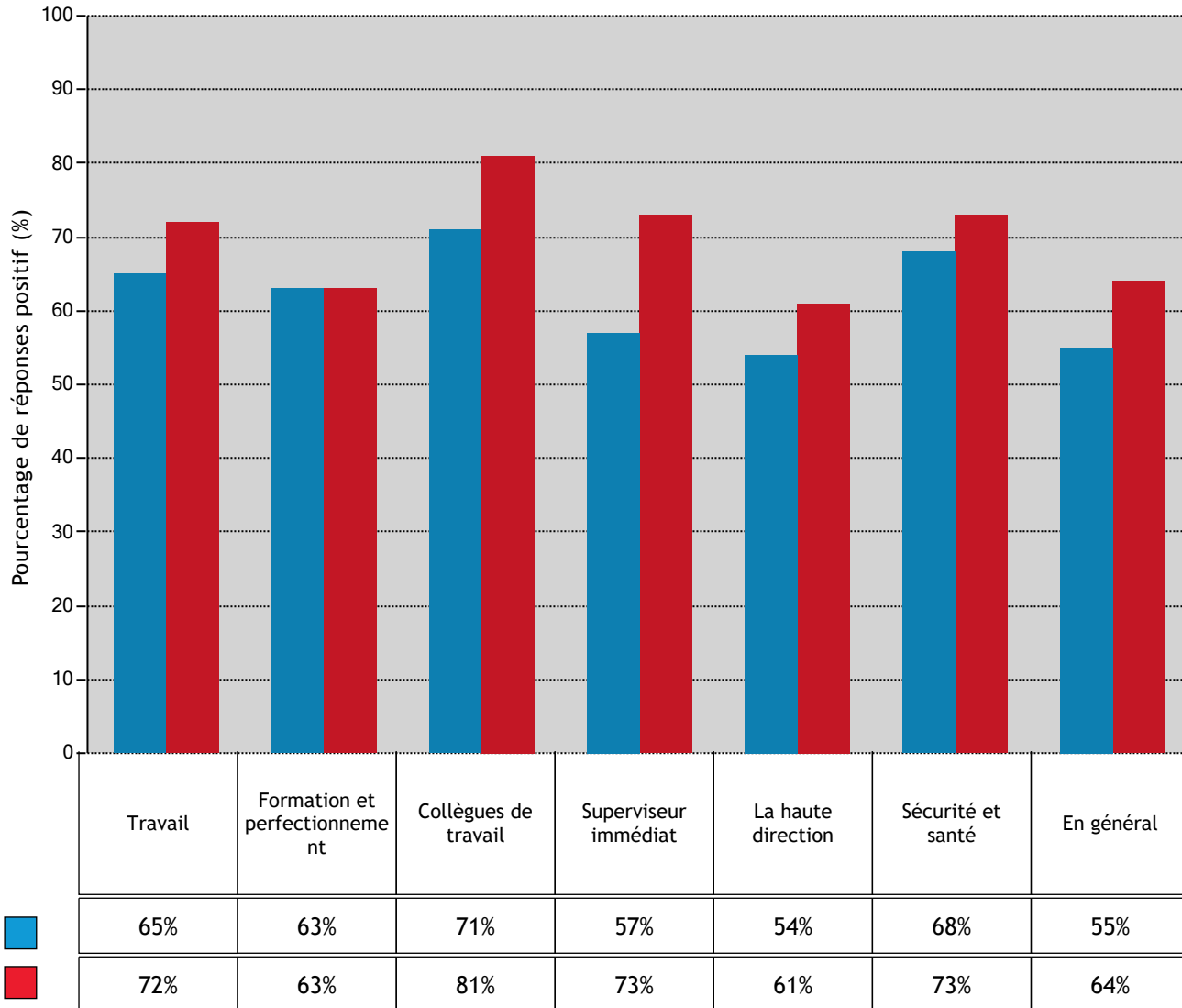
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 : 5 octobre 2018 au 19 novembre 2018**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 80**
- **Nombre de réponses : 89**

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



**Légende**

■ Maison des Aînés de St-Timothée 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.

## 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.**

Nous avons pris connaissance du rapport des visiteurs, dans l'ensemble les résultats reflètent bien les conformités aux pratiques. Ils nous semblent que certains documents ont échappés aux visiteuses aux niveaux de certaines pratiques organisationnelles requises. Nous avons enclenché un processus de révision de ces documents et nous vous ferons suivre nos conclusions.

J'ai fait imprimer la «procédure sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident» que j'ai déposé sur le bureau des visiteuses pendant la visite, le mardi.(Leadership 14.6)

En ce qui concerne «le mécanisme de déclaration des événements indésirables» une formation est donnée aux employés lors de l'embauche, aucun autre document sauf le AH-223 n'est utilisé. Nous sommes à écrire la politique afin de répondre à la norme. (Leadership 14.4)

Au niveau de la stratégie de prévention des chutes, nous utilisons le document du CISSS MO depuis l'automne dernier, qui faisait partie de la documentation remise. La personne en charge du dossier n'a pas été rencontré (Marie-Chantale Lamontagne). Notre procédure est en place depuis longue date et nous utilisons les documents du CISSS de la Vieille Capitale que nous gardons comme outil de référence. Les évaluations sont faites à l'admission par l'infirmière et par la thérapeute en réadaptation et des suivis post-chute sont faits par la technicienne en réadaptation et cela même avant l'agrément 2015.

En lien avec la prévention du suicide les seuls documents que nous utilisions étaient l'échelle de dépression gériatrique en 15 ou 30 points et le médecin évaluait les résidents. Nous avons déjà une politique et une procédure que nous allons implémenter avec capsules de formations. Il semble que nous allons devoir travailler en continu sur le dossier d'agrément. La pénurie de personnel infirmier et les départs vers les établissements publics d'infirmières et d'infirmières auxiliaires nous ont affectés et ralentis dans le processus d'agrément. Nous avons déjà enclenché les processus de mise à jour des non-conformités. Nous sommes dans l'attente de nouveau budget afin de pallier à nos besoins et faciliter le recrutement et la rétention du personnel.

L'équipe de direction procédera à la préparation d'un plan stratégique 2019-2023, en incluant la mise en place des recommandations d'agrément canada.

Nous allons utiliser les résultats de la visite d'agrément pour établir nos priorités et nos plans d'actions pour l'année en cours afin de donner suite aux possibilités d'amélioration cernées. Nous allons devoir travailler davantage avec les résidents, les familles et les représentants des résidents afin d'établir un partenariat plus étroit.

## 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.