



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Centre d'Accueil Marcelle Ferron

Brossard, QC

Dates de la visite d'agrément : 7 au 9 novembre 2022

Date de production du rapport : 19 décembre 2022

Au sujet du rapport

Centre d'Accueil Marcelle Ferron (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en novembre 2022. 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

Ce rapport est confidentiel et sera traité en toute confidentialité par Agrément Canada conformément aux conditions générales convenues entre votre organisme et Agrément Canada pour le Programme d'évaluation.

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

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

Un mot d'Agrément Canada

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire	1
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	9
Résultats détaillés de la visite	10
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	11
Processus prioritaire : Planification et conception des services	11
Processus prioritaire : Gestion des ressources	12
Processus prioritaire : Capital humain	13
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	14
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	15
Processus prioritaire : Communication	16
Processus prioritaire : Environnement physique	17
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	18
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	19
Processus prioritaire : Cheminement des clients	20
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	21
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	23
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - organismes extra-hospitaliers (Pour les visites de 2021) - Secteur ou service	24
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	26
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	28
Résultats des outils d'évaluation	35
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	35
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	37
Annexe A - Programme Qmentum	39

Sommaire

Centre d'Accueil Marcelle Ferron (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

Centre d'Accueil Marcelle Ferron 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 : 7 au 9 novembre 2022**

- **Emplacement**

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

1. Centre d'Accueil Marcelle-Ferron

- **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 (Pour les visites de 2021)
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 : version des soins communautaires

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	11	3	0	14
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	12	0	0	12
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	145	7	21	173
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	37	2	1	40
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	62	5	0	67
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	6	1	0	7
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	155	20	11	186
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	6	0	0	6
Total	434	38	33	505

Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Leadership - Petits organismes de santé extra-hospitaliers	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	63 (90,0%)	7 (10,0%)	0	101 (91,8%)	9 (8,2%)	0
Prévention et contrôle des infections - Organismes extra-hospitaliers	25 (92,6%)	2 (7,4%)	7	44 (97,8%)	1 (2,2%)	2	69 (95,8%)	3 (4,2%)	9
Gestion des médicaments - organismes extra-hospitaliers (Pour les visites de 2021)	72 (96,0%)	3 (4,0%)	15	38 (100,0%)	0 (0,0%)	7	110 (97,3%)	3 (2,7%)	22
Soins de longue durée	50 (89,3%)	6 (10,7%)	0	83 (83,8%)	16 (16,2%)	0	133 (85,8%)	22 (14,2%)	0
Total	185 (93,4%)	13 (6,6%)	22	228 (90,5%)	24 (9,5%)	9	413 (91,8%)	37 (8,2%)	31

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgence des événements (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	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	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments - organismes extra-hospitaliers (Pour les visites de 2021))	Conforme	3 sur 3	3 sur 3
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Non Conforme	4 sur 4	0 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Formation sur les pompes à perfusion (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments - organismes extra-hospitaliers (Pour les visites de 2021))	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments - organismes extra-hospitaliers (Pour les visites de 2021))	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	6 sur 6	2 sur 2
Programme d'entretien préventif (Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1

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

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.

Le Centre d'accueil Marcelle-Ferron est un organisme privé conventionné qui a vu le jour en 1989. Le conseil d'administration est géré par le groupe Bellechasse.

La mission de l'organisme est un centre d'hébergement de soins de longue durée pour une clientèle en perte d'autonomie. Les partenaires de l'organisme sont le CISSS de Montérégie centre et de Montérégie Ouest. Ces partenaires jouent un rôle de soutien et de référence à l'égard de l'organisme pour les accompagner dans l'atteinte de leur mission afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins et des services. Les administrateurs ont une vision d'entrepreneur, l'expansion et le développement de l'organisme font partie de leurs objectifs. En 2010, Marcelle-Ferron faisait l'acquisition des résidents et du personnel de l'organisme Florence Groulx et la construction d'une aile à l'édifice principal pour accueillir les 30 résidents. Un autre projet fait partie des défis des administrateurs, l'ajout d'une autre aile pour accueillir les 34 résidents du centre d'Accueil du Rivage. Les plans sont élaborés. Des rencontres auprès des différentes instances sont réalisées. Les administrateurs de Marcelle-Ferron sont en attente d'une réponse provenant du ministère de la Santé et services sociaux.

L'organisme est géré par un comité de direction composé d'un directeur général, d'une directrice des soins et services multidisciplinaires, d'une directrice des services administratifs et d'une directrice des ressources humaines, communications et affaires juridiques. Ils se partagent les responsabilités d'une saine gestion. L'approche priorisée par la direction dans l'application des principes de gestion est le coaching, le soutien et l'autodétermination.

L'organisme jouit d'une bonne réputation bâtie sur la confiance de la population, les résidents et leur famille. Il existe plusieurs programmes en regard avec la gestion des risques, les prises de décision sont teintées de qualité et de sécurité pour les résidents.

L'organisme Marcelle-Ferron possède 273 places pour 132 membres du personnel pour tout titre confondu. On y ajoute 4 médecins, 4 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et 4 infirmières-chefs d'unité et plusieurs autres professionnelles s'ajoutent à cette équipe pour travailler en interdisciplinarité.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Soins de longue durée 9.19

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
1.5 Des politiques concernant les droits et les responsabilités des usagers ou résidents sont élaborées et mises en oeuvre avec l'apport des usagers ou résidents et des familles.	
1.6 L'apport des usagers ou résidents et des familles est obtenu dans le cadre des principaux processus décisionnels de l'organisme.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'organisme obtient les commentaires et suggestions par les sondages auprès des résidents et leur famille. Un premier sondage de satisfaction dès l'admission d'un résident et un 2e sondage au cours de l'année. L'organisme possède un plan stratégique comprenant des buts et des objectifs, et ce, par les différents besoins évalués par les directions, mais aussi par les suggestions émises par les résidents et leurs familles. Un plan opérationnel découlant du plan stratégique est élaboré avec des activités, des objectifs et des responsabilités sont attribués à du personnel pour l'atteinte des objectifs, le suivi et les échéanciers. Plusieurs comités sont existants dans l'atteinte des objectifs de qualité et de sécurité. Pour ne nommer que ceux-là : la gestion des risques et de la qualité, le comité sur la qualité du milieu de vie ont des résidents qui y siègent. La période de pandémie est venue ralentir les rencontres des comités. Mais, la vitalité des comités reprend petit à petit.

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)

Une politique budgétaire est émise dans laquelle on retrouve une démarche structurée pour tout le processus budgétaire. Les directeurs connaissent les exigences pour les prévisions et la planification budgétaires.

Le comité de direction présente leurs besoins par direction, des échanges sont émis selon les priorités et acceptés par ces derniers.

L'autorisation du budget d'exploitation et d'immobilisation est donnée par les membres du conseil d'administration.

Un rapport financier sur le rendement est présenté à chaque directeur par période financière et une saine gestion est assurée.

On nous mentionnait qu'au besoin les ressources humaines sont déplacées dans l'Accueil du Rivage, mais particulièrement le personnel des services alimentaire, et ce, selon les urgences.

Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

Les politiques et les procédures sont en place et les principes sont appliqués avec rigueur auprès du personnel, pour ne nommer que ceux-là : la prise en charge d'un employé démontrant des signes d'infection, la procédure sur les liquides biologiques. La gestion de l'absence maladie court terme et long terme, l'assignation temporaire, l'intégration de la présence au travail, les lésions professionnelles et la procédure sur le harcèlement et la violence au travail.

Dans le processus d'embauche, les nouveaux employés reçoivent de la formation sur l'éthique, la violence au travail et s'ajoute la mission, les valeurs de l'organisme. De plus, des jours d'intégration auprès des résidents, durant ce temps, ils sont encadrés par une infirmière.

Un comité paritaire est fonctionnel dans l'organisme pour la santé et la sécurité au travail.

Un programme d'aide aux employés est actif, le personnel le consulte au besoin. Les gestionnaires demeurent attentifs à l'état mental de leurs employés.

L'organisme a mis en place des stratégies pour faire de la rétention auprès du personnel, comme des rabais corporatifs. Cette année des kiosques ont été présentés sur le stress, maux de dos et la violence conjugale. Ce fut apprécié du personnel. À venir, des kiosques sur l'alcoolisme et dépendance.

Il poursuivra le recrutement pour combler des postes d'infirmières de soir et de nuit.

La tenue des dossiers du personnel est gérée avec rigueur. Les contenus sont à jour selon les événements vécus chez chaque employé.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
15.1 Un plan d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en oeuvre.	!
15.2 Les indicateurs de rendement sont sélectionnés et régulièrement surveillés dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité.	!
15.7 Des rapports au sujet du rendement et de la qualité des services de l'organisme sont communiqués à l'équipe, aux usagers ou résidents et à leur famille, aux communautés qui reçoivent des services et aux autres parties prenantes.	

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

Il existe un programme de référence de gestion intégrée des risques et de la qualité. Ce document est très bien détaillé, il comprend la mission, les valeurs et une évaluation des éléments qui sont à risque pour les résidents. De plus, ce contenu est élaboré de façon professionnelle, les rapports du coroner sont utilisés comme réflexion et prises de décision pour améliorer les soins.

Un comité de gestion de risques et de qualité est actif et composé de représentants, un représentant d'une famille y siège. La démarche est structurée et l'on retrouve les résultats dans les procès-verbaux. Pour s'assurer que les actions sont réalisées, des responsables sont nommés pour soutenir sa réalisation ainsi que le suivi.

Tous les accidents-incidents sont analysés et des recommandations sont émises. Une compilation est faite et une analyse est présentée au personnel des unités lors des rencontres gérées par la gestionnaire.

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

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

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

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

Il existe un cadre d'éthique dont la dernière révision est en 2017. De plus, un code d'éthique est connu du personnel et fait mention des valeurs de l'organisation afin que soit intégré dans le comportement du personnel à l'égard des résidents.

Dans le dernier cycle d'évaluation, il y a eu un projet de recherche examiné par le CISSS de Montérégie.

Processus prioritaire : Communication

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

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

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

Plusieurs politiques sont en place, entre autres, la sécurité de l'information pour assurer la disponibilité, l'intégrité et la confiance à l'égard de l'utilisation des réseaux informatiques et les réseaux de télécommunication.

De plus, un guide de gestion des risques liés à la réputation de l'organisme, dans le but de communiquer les éléments pertinents au niveau public et ainsi pour protéger la réputation et l'image de l'organisme.

Aussi, une politique sur la communication adressée à tout le personnel sur l'importance de la communication dans le cadre des activités internes et externes.

Des moyens de communication sont utilisés pour le personnel, soit la note de service ou un communiqué. L'adresse courriel personnelle ou celle de l'organisme est utilisée pour rentrer en communication avec le personnel, selon la situation.

Les résidents ou leurs familles ont accès à leur dossier, avec une démarche structurée, préalablement un formulaire est rempli par le demandeur. Le médecin est impliqué dans le processus de consultation ainsi que d'autres professionnelles au besoin.

Pour le maintien des compétences, l'organisme reconnaît que les professionnels ont le soutien de leur ordre professionnel, mais aussi, une démarche est en cours pour l'accès à la plateforme, l'environnement numérique d'apprentissage (ENA).

L'adresse courriel personnelle ou celle de l'organisme est utilisée selon la situation pour rentrer en communication avec le personnel.

Les résidents ou leurs familles ont accès à leur dossier, avec une démarche structurée, préalablement un formulaire est rempli par le demandeur. Le médecin est impliqué dans le processus de consultation ainsi que les autres professionnelles au besoin.

Processus prioritaire : Environnement physique

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
9.11 Des projets servent à réduire au minimum l'incidence de l'organisme sur l'environnement.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'environnement physique répond aux normes de sécurité. Les corridors sont sécuritaires pour les déplacements des résidents.

Des projets de rénovation des postes de travail et les cuisines sont en cours de réalisation pour les étages 1, 2, 3, 4, et 5e étage, ailes A et B dont l'échéancier est prévu en décembre 2022. Les postes de travail vont être mieux aménagés pour une plus grande surveillance des résidents. Mais aussi, de rendre un environnement plus fonctionnel pour le personnel.

Il serait souhaitable de revoir l'intégrité des surfaces, planchers, murs et mains courantes.

Nous encourageons l'organisme à mettre sur pied des projets pour réduire l'incidence de l'organisme sur l'environnement.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
13.4 Les équipes, les usagers ou résidents et leur famille sont bien informés de ce qu'ils doivent faire en cas de sinistre ou d'urgence selon leur rôle.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Un plan des mesures d'urgence est élaboré. Le plan a été mis en place avec la collaboration de la firme Prudent, l'implication des pompiers ainsi que les gestionnaires de l'organisme.

La majorité du personnel a reçu de la formation, des responsabilités sont attribuées à du personnel selon les quarts de travail. Des simulations ont eu lieu en 2020, la pandémie ayant ralenti la poursuite des activités, des simulations va se poursuivre ainsi que la formation auprès du personnel dans l'année en cours.

Nous encourageons l'organisme à donner de l'information aux familles sur les actions prises et dans l'application des mesures 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
Ensemble de normes : Leadership – Petits organismes de santé extra-hospitaliers	
4.9 Les buts et objectifs stratégiques sont communiqués aux membres des équipes dans l'ensemble de l'organisme, ainsi qu'aux usagers ou résidents et à leur famille.	
6.2 Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers ou résidents et des familles, des bénévoles ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.	
Ensemble de normes : Soins de longue durée	
8.20 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Les décisions prises par l'organisme sont centrées sur la qualité et la sécurité des résidents. La rencontre faite avec les familles des résidents en présence de la commissaire adjointe des plaintes du CISSS de Montérégie de l'Est a démontré que les familles sont satisfaites des soins reçus pour leur proche. Cependant, les familles souhaiteraient recevoir plus d'information lors de changements dans la dispensation des soins de leur proche. Les familles souhaiteraient que les problèmes physiques soient traités avec plus de célérité (l'accès rapide à l'IPS et rigueur dans les traitements). Les familles ont apprécié la rencontre d'information reçue sur les responsabilités et le rôle du commissaire aux plaintes. Nous encourageons l'organisme à impliquer un représentant, résident ou famille, dans des prises de décisions organisationnelles et cliniques.

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)

Une évaluation des besoins est faite pour que le résident reçoive les services dont il a besoin. Si l'organisme ne peut y répondre, une communication est faite avec la responsable du comité d'accès pour un endroit plus approprié aux besoins du résident.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers	
10.11 Dans les cas où l'organisme nettoie, désinfecte ou stérilise sur place l'équipement, les appareils et les instruments médicaux, ces activités sont effectuées dans des locaux adéquats conçus à cette fin.	!

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

Un processus formel de sélection des équipements se réalise en fonction de la procédure pour la mise en inventaire de nouveaux matériels de soins ou d'équipement médical, soit la PRO-DSI-33. Le besoin et le choix des appareils se font dans un premier temps à partir de l'équipe terrain représentée par l'assistante-infirmière chef, en fonction des besoins des résidents.

De l'information et de la formation sur l'utilisation sécuritaire des équipements acquis par la Résidence sont fournies. Si un membre de l'équipe ne se sent pas prêt à utiliser l'équipement, ou s'il ne les a pas utilisés depuis longtemps, l'organisation a le souci de dispenser une formation adaptée pour en arriver à une manipulation sécuritaire.

Un programme d'entretien préventif est un dossier implanté dans l'organisation depuis quelques années. Les rôles et responsabilités des principaux intervenants en la matière sont bien décrits dans la politique sur l'entretien préventif des équipements médicaux POL-DSI-19, qui vient tout juste de faire l'objet d'une révision. Un tel programme permet à la Résidence de s'assurer que les appareils médicaux, l'équipement et la technologie sont sûrs et en état de fonctionner. Cela permet aussi de repérer d'éventuelles défaillances d'un appareil ou d'un instrument médical, de l'équipement ou de la technologie. Malgré la présence d'un outil informatisé local pour assurer la gestion de l'entretien préventif de l'équipement, nous conseillons à l'organisation de se doter d'un logiciel adapté à ces pratiques, notamment dans la perspective de développement du Centre Marcelle Ferron.

Différents processus de nettoyage et de désinfection des équipements et fournitures sont en place pour standardiser et formaliser les pratiques. Ces processus incluent les procédures de nettoyage et de désinfection recommandées par le fabricant, et sont connus par les personnes impliquées.

Lors de la visite, nous avons constaté l'absence de locaux destinés au nettoyage et à la désinfection des équipements. Selon nos échanges, nous avons saisi que la personne qui procède à la désinfection doit le faire dans le corridor. Des locaux devraient être réservés à ces activités et être suffisamment spacieux pour permettre le nettoyage et l'entreposage. Ils devraient aussi être séparés de ceux où l'on manipule ou entrepose de l'équipement, des appareils et des instruments propres. Ces locaux de nettoyage devraient être équipés des installations nécessaires à l'hygiène des mains et les échanges d'air, la température et l'humidité devraient être adaptés à l'activité effectuée et aux produits nettoyants utilisés (consulter les recommandations du fabricant). Il faut que le nettoyage, la désinfection et la stérilisation soient effectués

le moins possible à l'extérieur des locaux réservés à cette fin. Nous invitons l'organisation à remédier à cette lacune dès que possible.

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

- Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.

Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

- Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.

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 (Pour les visites de 2021) - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments	
12.4 Les aires de préparation des médicaments sont nettoyées et organisées.	!
12.5 Une ventilation, une température et un éclairage adéquats sont maintenus dans les aires de préparation des médicaments.	!
14.5 Lors de l'admission ou de l'accueil, l'usager et la famille reçoivent des informations sur la façon de prévenir les événements liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments	

Le service de pharmacie du Centre Marcelle Ferron et de L'Accueil du Rivage compte sur la contribution de deux, bientôt trois pharmaciennes (un poste à temps complet, un 0,8 jour et un 0,6 jour/semaine qui débutera en avril). Un assistant technique collabore avec l'équipe 3 jours par semaine (soit 2 jours par semaine au Centre Marcelle Ferron et un jour/semaine à l'Accueil du Rivage).

Tout le volet du circuit du médicament à l'égard de l'entrée et la saisie des ordonnances, la préparation des médicaments et la distribution vers les deux centres d'hébergement est assuré par la pharmacie d'officine Morin, avec laquelle l'organisation a une convention formelle. Une petite réserve de médicaments est disponible pour certains traitements à débiter rapidement dans les deux centres. La pharmacie communautaire reçoit les ordonnances qui ont d'abord été validées par les pharmaciennes des centres. C'est le système informatisé d'entrée des ordonnances de la pharmacie d'officine qui est utilisée. Le logiciel Gesphar est l'outil pour assurer l'ensachage. La livraison est deux fois par semaine. Le rôle des pharmaciens est entre autres le recrutement du personnel, l'élaboration, la révision et la diffusion des politiques et procédures, la gestion du comité médico-pharmaceutique, les audits en lien avec le circuit du médicament et la vérification des substances contrôlées.

Le comité médico-pharmaceutique se réunit trois fois par année. Un comité de pharmacovigilance est aussi en place pour échanger sur les pratiques sécuritaires en révisant notamment les événements en lien avec le circuit des médicaments et tout autre sujet pertinent sur la sécurité des médicaments.


La préparation des médicaments à administrer s'effectue sur le chariot à médicaments et ceux-ci sont fermés à clé en tout temps. Les médicaments demeurent dans leur emballage d'origine jusqu'à l'administration du médicament. Diverses sources d'identification du résident sont utilisées pour confirmer l'identité.

La liste des abréviations à proscrire de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP) est disponible pour les intervenants. Une pharmacienne s'assure de son application dans tous les documents relatifs aux soins et services cliniques, incluant dans les dossiers des résidents. Des audits ont

eu lieu à ce sujet et des améliorations ont été apportées. Mentionnons aussi que toutes les autres pratiques organisationnelles requises, soit le bilan comparatif du médicament, la gestion des narcotiques et celle des médicaments à risque élevé sont conformes. Nous félicitons toute l'équipe des deux centres pour ce haut degré de réussite.

Néanmoins, selon nos discussions avec les deux équipes, la sécurité des médicaments n'est pas un sujet qui est abordé lors de la rencontre d'admission ou d'accueil dans les 30 jours qui suivent l'admission du résident. La discussion sur le rôle du résident et de la famille relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure l'identification des questions à poser sur les médicaments et l'encouragement des résidents à mentionner leur nom clairement avant l'administration des médicaments. L'information peut être fournie oralement ou par écrit (p. ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les résidents à poser des questions sur leurs médicaments). L'ampleur de l'information communiquée dépend bien sûr des capacités du résident. L'équipe visiteuse a constaté qu'au Centre d'accueil Marcelle Ferron (CAMF) aucun endroit n'est désigné dans certains postes de soins infirmiers pour préparer les médicaments ou encore exécuter des techniques d'asepsie. Ces espaces doivent être dotés d'un éclairage adéquat, d'une température contrôlée et d'une ventilation optimale. Au Centre d'Accueil du Rivage, on retrouve une pièce fort pertinente pour exécuter ces techniques. Nous invitons l'organisation à trouver des solutions pour rendre disponibles ces espaces stratégiques dans la dispensation des soins au CAMF. Finalement, nous invitons l'équipe du Centre d'Accueil du Rivage à ne pas utiliser les flacons multidoses pour plus d'un résident.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	
2.5 Des processus sont établis pour la sélection et la manipulation de l'équipement et des appareils et instruments médicaux.	
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.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	

Les responsabilités liées aux activités de prévention et contrôle des infections sont assignées à la directrice des soins et à l'infirmière responsable de ce service, nouvellement titulaire du poste. Cette dernière est à temps complet et pour être conforme aux orientations ministérielles et aux ratios établis, il manque environ une journée par semaine de cette fonction. Le MSSS est informé de la situation via GESTRED.

Un fournisseur de service est requis trois fois par semaine pour faire le nettoyage du linge. Un contrat est formalisé avec une firme pour procéder à la blanchisserie. Trois choix s'offrent au résident : les familles lavent les vêtements de leur proche, un partenaire de la communauté s'offre aussi pour faire cet entretien et le troisième choix est de prendre les services du fournisseur désigné par l'établissement. Celui-ci est satisfait des services rendus à l'égard de la qualité rendue.


Selon nos discussions avec l'équipe, un processus est établi pour la sélection et la manipulation de l'équipement et des appareils et instruments médicaux, mais l'équipe de la prévention et du contrôle des infections n'est pas nécessairement sollicitée dans le cadre de ce processus. Nous invitons l'organisation à ajouter cette étape. De même, de nombreuses procédures très adéquates de gestion des déchets biomédicaux sont en place, sauf pour les liquides biologiques et leur élimination. Nous invitons l'organisation à ajouter cet élément.

Dans une perspective de prévention et contrôle des infections, trois pratiques organisationnelles requises sont conformes dans l'établissement. Il s'agit de la disponibilité de la formation sur l'hygiène des mains, de l'évaluation de la conformité des pratiques d'hygiène des mains et le suivi des infections nosocomiales. Plusieurs politiques et procédures encadrent les pratiques en matière de prévention et contrôle des infections. Les employés et les bénévoles ont accès à ces documents dans le respect de leurs responsabilités respectives. Tous reçoivent de l'information et de la formation à l'égard des pratiques relatives à la prévention et au contrôle des infections et ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'équipement de protection individuelle en quantité suffisante. Les résidents sont aussi soumis à des tests de dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles dès

l'admission de ceux-ci dans la résidence. Lorsqu'un cas d'infection nosocomiale est soupçonné, un processus permet de détecter rapidement l'infection. La source de celle-ci est dès lors recherchée en faisant l'objet d'une enquête. Des experts sont consultés et les autorités compétentes informées. Une politique d'immunisation est en place, ce qui permet aux employés et aux résidents de recevoir de l'information sur la façon d'accéder à la vaccination, notamment le vaccin antipneumococcique et antigrippal.

En ce qui concerne, le nettoyage, et la désinfection des espaces physiques, les rôles et responsabilités sont connus, des politiques et procédures encadrent les pratiques et des protocoles spécifiques sont disponibles pour documenter le nettoyage des espaces visés par des précautions additionnelles.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des résidents et des familles.	
2.4 L'environnement physique est conçu avec l'apport des résidents et des familles; il est sécuritaire, confortable et offre une ambiance chaleureuse.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les résidents et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.11 Les résidents et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.	
<p>9.19 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>9.19.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	 SECONDAIRE
11.1 Des politiques et procédures pour les ADBD sont élaborées avec l'apport des résidents et des familles.	
11.2 La responsabilité de surveiller l'exécution des services d'ADBD et de maintenir la qualité est assignée à un professionnel de la santé.	

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.	
12.5	Le plan de transition est consigné dans le dossier du résident.	
12.7	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des résidents et des familles.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
15.1	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
15.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des résidents et des familles, des équipes et des partenaires.	
15.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des résidents et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
15.6	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		

Au sein du Centre Marcelle Ferron, les services sont régulièrement revus et adaptés pour mieux répondre aux besoins des résidents. Des partenariats sont formés et maintenus avec d'autres services, programmes, prestataires et organisations pour répondre aux besoins des résidents et de la communauté. Les exigences et les lacunes relatives aux ressources sont cernées et communiquées au personnel d'encadrement de l'organisation.

Néanmoins, il serait recommandé de faire des plans d'amélioration de la qualité avec l'apport des résidents et des familles pour améliorer l'offre de service en fonction de la réalité des résidents. En ce sens, l'apport des résidents et de leur famille est de tenir compte par exemple des commentaires recueillis via les questionnaires de la satisfaction de la clientèle, les plaintes, les accidents et incidents, les commentaires des comités des résidents ou autres. Nous invitons aussi l'équipe à se doter de buts et d'objectifs réalistes avec des indicateurs de mesures fiables.

L'environnement physique est configuré de façon assez similaire d'une unité à l'autre. Toutefois, lors de notre visite, nous avons été en mesure d'observer que la qualité des surfaces (murs, planchers, mains courantes) était de qualité très variable. En effet, certaines unités sont repeintes et les surfaces réparées, tandis qu'à certains endroits, on note de nombreux bris dans les murs, les mains courantes sont trouées et la peinture est grandement écaillée. Nous invitons l'organisation à réviser l'intégrité de toutes les surfaces, dans un souci de sécurité, de prévention et contrôle des infections et d'environnement agréable pour les résidents.

Processus prioritaire : Compétences

Une approche collaborative est utilisée pour offrir l'offre de service. Le personnel travaille en étroite collaboration avec les résidents et les familles. L'offre de formation générale auprès des employés est riche et diversifiée.

Dans le domaine des compétences, l'équipe nous a partagé le fait qu'un programme d'orientation de base complet est réalisé. Ce processus est vivement apprécié de la part des intervenants. Des formations d'appoint sont offertes aux employés. Des formations sur l'utilisation sécuritaire des équipements sont disponibles. Nous félicitons la direction de ce soutien qui semble indéfectible auprès des employés.

L'organisation dispose aussi d'une politique sur la déclaration des cas de violence en milieu de travail. Des formations sur les comportements réactifs ont eu lieu. Nous encourageons néanmoins l'organisation à offrir une formation sur la diversité culturelle et les différentes croyances religieuses.

Les employés rencontrés de jour et de soir nous ont mentionné avoir bénéficié d'une appréciation formelle de leur contribution. De plus, les intervenants nous ont partagé le fait que de la rétroaction positive ponctuelle et informelle est réalisée, ce qui est fort apprécié de tous. Lors des évaluations formelles, les possibilités de croissance des employés et le suivi des problèmes identifiés sont réalisés. Les employés se sentent vraiment reconnus pour leur contribution.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe visiteuse a été en mesure d'observer au Centre d'accueil Marcelle-Ferron une équipe clinique qui offre des soins respectueux et bienveillants. Les résidents rencontrés et les familles que nous avons questionnés ont témoigné de la satisfaction des services reçus.

L'utilisation du dossier informatisé à l'aide du logiciel GUSTAV permet d'avoir accès à une série de formulaires complets et standardisés pour communiquer l'information non seulement entre les membres de l'équipe, mais aussi avec des partenaires du réseau. Le niveau de soins qui a été discuté avec le résident est systématiquement inscrit dans le dossier du résident et sur le formulaire standardisé de transfert vers l'urgence. La très grande majorité des résidents dispose d'un niveau de soins à jour et consigné.

Les consentements généraux aux soins et services sont consignés dans chaque dossier. Les résidents et leur famille reçoivent de l'information sur leurs droits et la façon de porter plainte. Une stratégie de prévention de la maltraitance est omniprésente dans le Centre. Tous les intervenants rencontrés ont été en mesure de nous souligner l'importance de cette valeur dans l'organisation et la mise en place de filets de sécurité bien ficelés pour enrayer toute problématique dès qu'un cas est pressenti.

Des politiques sur les mesures de contention sont en place et la formation à ce sujet est dispensée régulièrement à tous les intervenants. La gestion des mesures de contention est bien soutenue par plusieurs outils, tels qu'un aide-mémoire fort convivial, la grille de surveillance DSI-FOR-27 qui doit être complétée une fois l'heure ou selon les particularités du résident, ainsi que lors de l'installation ou le retrait de la mesure de contrôle. Le protocole PROTS-DSI-27 encadre la pratique. L'équipe visiteuse souligne les efforts consentis à ce chapitre qui font en sorte que l'utilisation de mesures de contention est quasi inexistante dans le centre.

Des outils de communication standardisés sont utilisés pour transmettre de l'information aux points de transition avec une «?check-list?» fort pertinente. Cependant, l'efficacité de la communication n'est pas évaluée par la suite. Nous invitons l'organisation à procéder à cette dernière étape, dans un contexte d'amélioration continue.

Les pratiques organisationnelles requises (PORs) suivantes ont démontré une conformité à l'égard des pratiques utilisées au sein de l'établissement : le bilan comparatif du médicament, la prévention des chutes, l'évaluation du risque de développer des plaies de pression, l'évaluation du risque de suicide et le processus de double identification.

L'évaluation du risque de chute fait partie intégrante d'une stratégie de prévention des chutes bien

documentée au Centre Marcel Ferron. L'évaluation se fait dès l'admission et c'est l'assistante infirmière-chef qui a la responsabilité, en collaboration avec l'équipe soignante, de compléter le formulaire DSI-FOR-GUS-32, dans les premières 24 heures suivant l'admission. Un technologue en physiothérapie intervient dans les 72 heures suivant l'admission et fait l'observation nécessaire pour les transferts et la capacité d'équilibre du résident. Le technologue recommande alors des mesures préventives spécifiques.

L'évaluation périodique est bien déterminée et le suivi post-chute fait l'objet d'une attention particulière. Le dépistage, l'évaluation et le suivi des plaies de pression sont aussi une pratique bien gérée dans l'établissement. La règle de soins REG-DSI-04 introduit l'exercice de gestion des plaies en documentant les éléments relatifs à cette problématique trop présente dans les milieux de soins. Les rôles et responsabilités sont bien précisés, les directives sont claires quant à l'évaluation à l'aide de l'Échelle de Braden dès l'admission et lors de moments subséquents déterminés par la suite.

Un questionnaire sur l'expérience des résidents et des familles est distribué aux personnes concernées. Le sondage aborde différents thèmes tels que la communication, l'implication, le respect, les soins offerts et sollicite leur avis sur la formation qui devrait être destinée aux employés. Ce sondage est distribué 30 jours après l'admission du résident et deux fois par année par la suite, lors de la révision du plan d'intervention interdisciplinaire.

Par ailleurs, une contribution de l'établissement à une recherche sur le délirium a eu lieu au cours du dernier cycle d'agrément. Une autre possibilité se dresse à l'horizon en lien avec le choix des résidents à prioriser un centre plutôt qu'un autre. Le médecin avec qui l'équipe visiteuse a échangé démontre de l'ouverture à participer à des projets de recherche, pourvu que ceux-ci soient en lien avec les milieux de vie. En conséquence, nous encourageons l'établissement à prendre les mesures nécessaires pour pouvoir participer à de tels projets, le Centre d'accueil Marcelle-Ferron étant tout indiqué pour contribuer à l'avancement de la science.

Lors de la visite, nous avons aussi constaté l'absence de politiques et procédures sur les analyses de biologie délocalisée (ADBD). La responsabilité des ADBD n'est pas assignée à une personne spécifiquement. Selon nos discussions, aucune formation n'est offerte spécifiquement sur les ADBD. Nous invitons le centre à remédier à ces lacunes.

En dernier lieu, mentionnons qu'un plan de transition doit être élaboré lors du départ d'un résident et doit être consigné au dossier. Nous invitons l'organisation à le faire, bien que ce soient en des occasions assez rares. De plus, l'efficacité de la transition doit être évaluée à la suite du départ du résident. Actuellement, l'équipe communique quelquefois avec l'établissement receveur pour prendre des nouvelles du résident et pour s'enquérir d'une date de retour, mais non pas pour évaluer si la transition s'est bien passée et si un élément d'information était manquant ou imprécis. Nous invitons l'organisation à instaurer cette pratique.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le Centre d'accueil Marcel Ferron a mis en place un système de dossier électronique qui sert à la tenue de dossier des résidents, système nommé GUSTAV. Des renseignements standardisés sont disponibles à l'intérieur de celui-ci, ce qui contribue à l'uniformité des dossiers des résidents.

L'établissement dispose aussi de politiques et de procédures qui encadrent les activités de gestion de l'information qui comprennent la collecte, l'utilisation et la conservation de l'information. Les modalités de demandes d'accès au dossier sont aussi bien étoffées.

Les questions éthiques sont bien cernées, gérées et réglées de façon proactive. Le document REGC-DSI-06 appuie le mandat du comité d'éthique clinique de l'établissement, sa composition, son fonctionnement et la volonté de s'assurer d'une large diffusion de son activité. Les principes de respect de la personne, de son autonomie, de son inviolabilité, de la bienfaisance, de la non-malfaisance, de la justice et de l'équité sont savamment élaborés. Nous félicitons l'organisation pour ces outils fort pertinents qui, nul doute, démystifient le mandat de ce comité et la mission de celui-ci.

L'outil ministériel «?Outil de repérage des situations de maltraitance envers les personnes âgées?» de 2019 est accessible à tous. Il permet de mieux repérer les situations potentielles de maltraitance, savoir comment agir dans de tels cas et connaître les différentes ressources pour y arriver. Cet outil est complémentaire à celui adressé aux aînés et leur famille qui aborde la question des droits des usagers, les conséquences de la maltraitance et comment ils peuvent identifier s'ils vivent de la maltraitance.

Finalement, c'est la politique interne POL-DG-20 visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité qui guide spécifiquement les employés du Centre sur l'ensemble des modalités inhérentes à ce sujet. D'ailleurs, ceux-ci ont tous été formés sur la maltraitance et savent repérer, signaler et gérer ces situations toujours malheureuses.

Une politique et des procédures relatives à l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée ont été élaborées et mises en place. De même, un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossier est présent, avec des outils pertinents pour procéder à ces audits.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Divers procédures et protocoles sont en place pour réduire des variations non nécessaires dans la prestation de services à la clientèle. Des lignes directrices sont suivies, basées sur des données probantes, qui font en sorte que les approches sont structurées, contemporaines et porteuses de sens. L'équipe travaille en interdisciplinarité et une approche proactive est appliquée afin de cerner et gérer les problématiques reliées à la sécurité des résidents. La notion de la gestion des risques est très bien implantée et comprend la déclaration, la divulgation et les mesures de soutien aux résidents, à leurs proches et aux employés. Nous percevons une réelle culture d'apprentissage dans l'ensemble de l'organisation.

Des commentaires sont sollicités auprès des résidents et de leurs proches, par le biais d'un questionnaire qui est distribué dans les trente jours suivant l'admission, puis après chaque rencontre interdisciplinaire. Les résultats sont diffusés à l'équipe et des améliorations sont apportées le cas échéant. Nous invitons l'équipe à laisser ces questionnaires à la portée de tous pour en recevoir autrement que lors des suivis des plans d'intervention. De plus, les résultats devront faire l'objet d'objectifs mesurables dans le cadre d'un plan d'amélioration de la qualité par service. En effet, nous invitons chaque équipe à se doter d'un tel plan en lien avec les données recueillies dans son secteur d'activité (plaintes, gestion de risque, sondage de satisfaction, etc.), avec des indicateurs de mesure. Les indicateurs sont utilisés pour évaluer si les activités entraînent un changement et si ce dernier constitue une amélioration. Les indicateurs sont principalement sélectionnés en fonction de leur pertinence et de leur capacité d'évaluer les progrès avec exactitude.

Nous invitons aussi l'équipe à se doter d'une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes. Les lignes directrices peuvent être déterminées par un comité, un

conseil ou une personne qui fait des recommandations à l'équipe sur les lignes directrices à utiliser et sur la façon de les intégrer à la prestation des services. Le processus de sélection des lignes directrices doit être normalisé et officialisé.

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 : version des soins communautaires

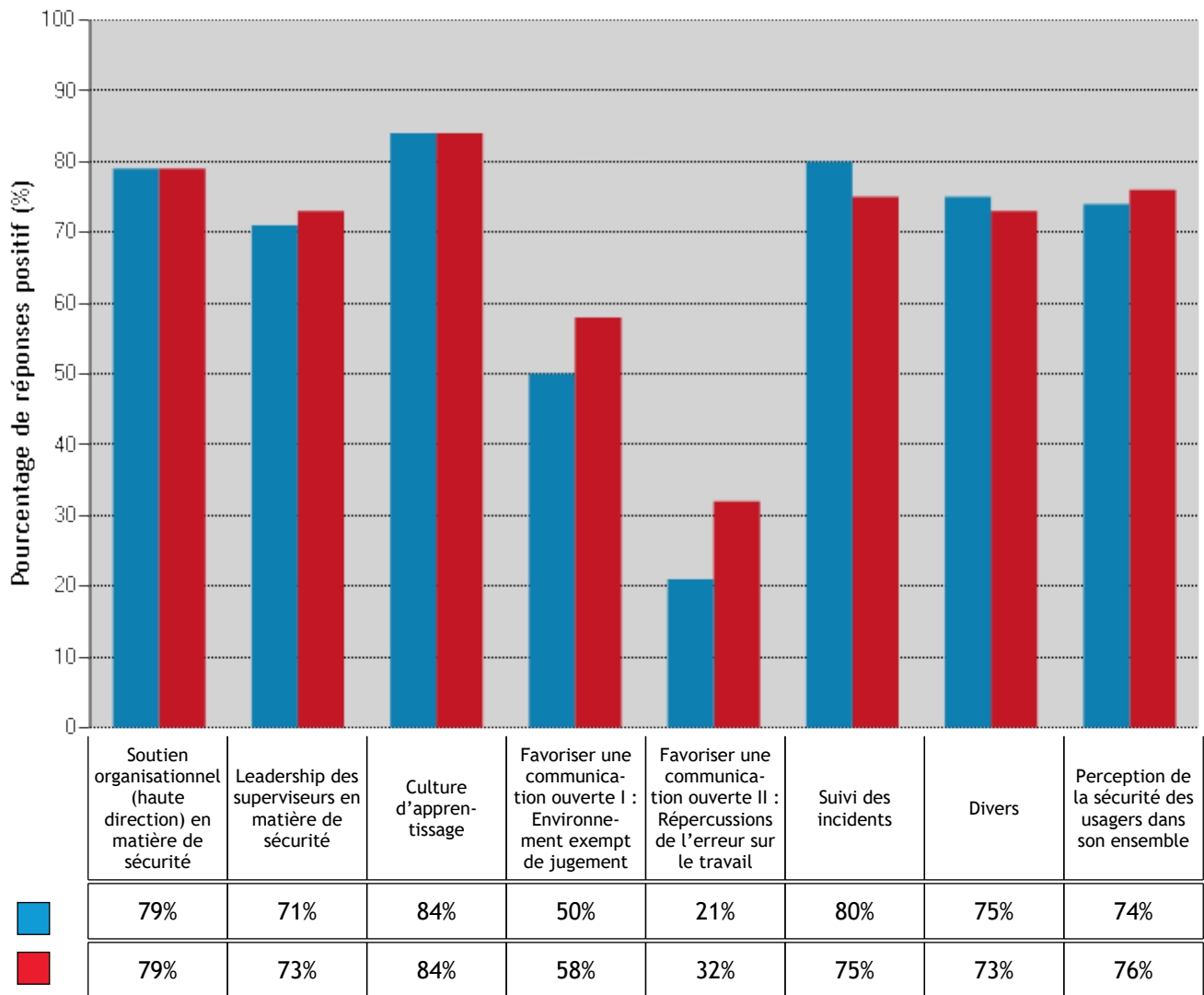
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- **Période de collecte de données : 13 octobre 2022 au 25 octobre 2022**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 149**
- **Nombre de réponses : 159**

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



Légende

- Centre d'Accueil Marcelle Ferron
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2022 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

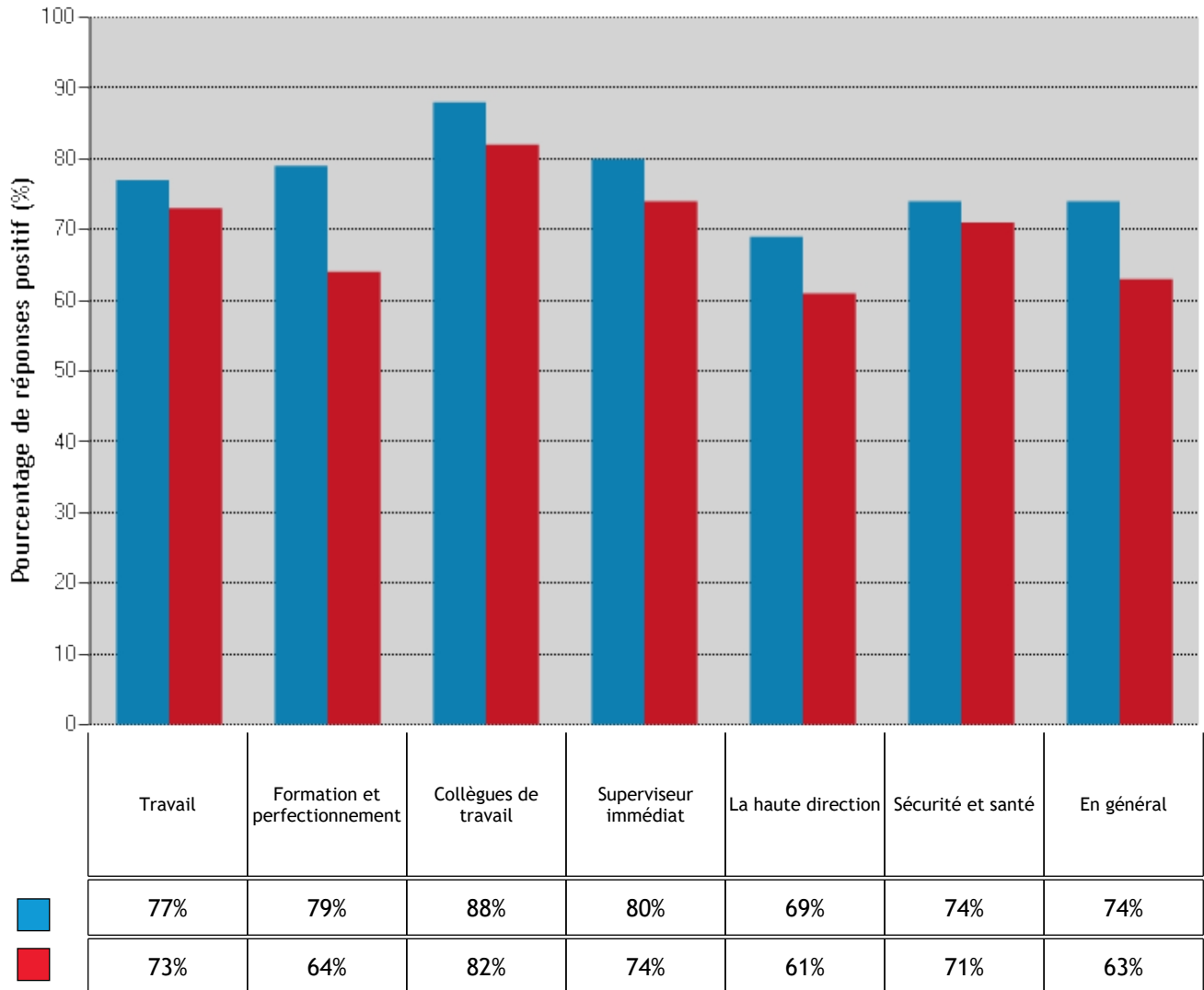
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 : 13 octobre 2022 au 25 octobre 2022**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 166**
- **Nombre de réponses : 177**

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



Légende

Centre d'Accueil Marcelle Ferron

* Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2022 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Annexe A - Programme Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer ses services de façon régulière et constante. Le programme Qmentum d'Agrément Canada offre un processus adapté aux besoins et aux priorités de chaque organisme client.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 15 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
Capital humain	Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.
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.
Communication	Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.
Environnement physique	Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.
Équipement et appareils médicaux	Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.
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.
Gouvernance	Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.
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.
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.
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.

Processus prioritaires qui se rapportent à des normes relatives à des populations spécifiques

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

Processus prioritaires qui se rapportent aux normes sur l'excellence des services

Processus prioritaire	Description
Aide à la décision	Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.
Analyses de biologie délocalisées	Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.
Banques de sang et services transfusionnels	Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.
Compétences	Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.
Don d'organes (donneur vivant)	Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.

Processus prioritaire	Description
Épisode de soins	Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
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.
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Leadership clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic – Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic – Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.