



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum^{MD}
Soins de longue durée

Résidence du Bonheur

Rapport publié : 10/10/2023

Table des matières

À propos d’Agrément Canada	3
À propos du rapport d’agrément	3
Confidentialité	3
Sommaire	5
À propos de l’organisation	5
Aperçu des observations de l’équipe de visiteurs	5
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	6
Aperçu du programme	7
Statut d’agrément	8
Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément	8
Pratiques organisationnelles requises	9
Résultats de l’évaluation divisés par chapitre	11
Gouvernance et leadership	11
Modèles de prestation de soins	12
Gestion des situations d’urgence et des catastrophes	13
Prévention et contrôle des infections	14
Gestion des médicaments	15
Expérience de soins des résidents	16
Aperçu de l’amélioration continue de la qualité	17

À propos d'Agrément Canada

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

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

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

À propos du rapport d'agrément

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

Dans le cadre de ce programme, l'organisation a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 11/09/2023 à 13/09/2023.

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

Confidentialité

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

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

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

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

Sommaire

À propos de l'organisation

La bâtisse de la Résidence du Bonheur a été convertie en établissement pour personnes âgées en 1983. En 1994, un partenariat avec le réseau de la santé et des services sociaux s'est concrétisé par l'obtention d'un permis de centre d'hébergement de soins de longue durée. Une entente d'achat de places avec l'Agence de la Santé de Laval (nom utilisé à l'époque) et la Résidence du Bonheur a été conclue. Le but de cette entente était de garantir aux résidents que les normes en matière de soins et services soient aussi rigoureuses que celles du secteur public.

Depuis, la Résidence est soumise aux visites ministérielles et a été visitée par Agrément Canada en 2009 et par le Conseil d'agrément Québécois (CQA) par la suite. En 2023, la Résidence est visitée à nouveau par Agrément Canada et doit se conformer à ses normes. L'organisme est actuellement en processus de conventionnement.

La Résidence comporte 45 lits répartis dans 23 chambres doubles et 1 chambre simple. C'est plus spécifiquement un centre de désengorgement et de transition pour la clientèle qui présente un profil de 11 à 14 selon l'échelle de besoins en heures soins. La Résidence du Bonheur est en entente de service, pour la totalité de ses lits (45), avec le CISSS de Laval.

La mission première de la Résidence du Bonheur est de maximiser la qualité de vie de chacun de ses bénéficiaires par le biais d'interventions d'assistance personnelle et médicale, en privilégiant une approche globale et individualisée, dans un environnement sécuritaire, stimulant, et chaleureux, afin de maintenir ou même d'améliorer l'autonomie de ses bénéficiaires. Les valeurs promues par l'organisme sont : dignité, empathie, écoute, respect, sécurité, soutien.

Une panoplie de services professionnels est offerte permettant le maintien de l'autonomie et la stimulation sensorielle. Des soins pour le bien-être physique et psychologique tels que la coiffure et les soins de pieds sont aussi offerts.

Un médecin et un pharmacien sont disponibles sur appel 24 heures sur 24 et des visites médicales sont réalisées aux 2 semaines ou sur demande. D'autres professionnels sont aussi sollicités au besoin afin de maintenir et prolonger l'autonomie de la personne incluant : ergothérapeute, technicien en réadaptation physique, nutritionniste, travailleur social, éducatrice spécialisée et infirmière clinicienne.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Nous avons rencontré une équipe de gestion engagée pour la sécurité et le bien-être de la clientèle.

Une approche proactive de la direction permet de résoudre rapidement les problématiques rencontrées.

L'environnement physique est limité et exigu, cependant, l'équipe de soins en place fait oublier les limites structurelles pour en faire un milieu empreint de sollicitude. Chaque chambre est équipée de rail plafonnier pour le transfert sécuritaire des résidents. Les corridors sont cependant encombrés à certains endroits faute de lieux d'entreposage adéquats. Nous avons constaté un niveau de propreté à souligner.

Les partenaires, les résidents et les familles rencontrés ont exprimé un niveau de satisfaction global des soins et services reçus en particulier par le personnel et une très bonne collaboration auprès des partenaires.

Le personnel soignant régulier est dédié et empreint de compassion auprès des résidents.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Nous avons eu l'occasion d'observer que les équipes ont le souci de la qualité et la sécurité des soins et des services. Lors des rencontres des équipes soignantes, nous avons constaté un bon climat de travail avec une approche humaniste.

L'établissement doit composer avec un recours à des agences de personnel afin de contrer la pénurie de ressources qui s'est installée au fil des ans. Malgré l'effort d'assurer que se soit les mêmes personnes des agences qui viennent combler les besoins, nous encourageons la direction à poursuivre ses efforts de recrutement afin de réduire le recours aux agences notamment le week-end et stabiliser les équipes de soins.

Il faut aussi mentionner la stabilité des équipes de gestion qui assure une adhésion aux valeurs promues par l'établissement.

La collaboration avec le CISSS de Laval est étroite, la conseillère en PCI est une partenaire sollicitée et répondante. De nombreuses politiques et procédures encadrent la pratique clinique, l'établissement est encouragé à affiner ses mécanismes de révision.

Les familles et certains résidents sont bien présents dans plusieurs comités, leur visibilité pourrait encore être renforcée dans des comités décisionnels.

Nous encourageons aussi la directrice clinique, le pharmacien et le médecin à maintenir leur préoccupation de travailler sur un plan visant à améliorer la dé-prescription au bénéfice des résidents en s'appuyant notamment sur la formation et la collaboration des familles.

L'établissement réalise des audits, des sondages, nous les encourageons à faire connaître ces résultats au personnel et aux résidents et familles.

Lors de la visite, nous avons constaté que les résidents n'ont pas accès à un bain thérapeutique. La direction nous a identifiés qu'ils ont un projet d'installation d'un tel bien dans un local qui est maintenant disponible. Nous les encourageons à poursuivre ce projet pour le bien-être des résidents.

Aperçu du programme

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

Le Programme Qmentum^{MD}-- Soins de longue durée est un programme d'agrément qui oriente et soutient l'organisation dans sa trajectoire d'amélioration continue de la qualité visant à offrir des soins sécuritaires, fiables et de haute qualité à ses résidents. Les principaux volets du programme sont notamment le cycle d'agrément continu, l'outil d'évaluation mis à jour divisé en chapitres, quatre méthodes d'évaluation complètes, deux sondages ¹ (le Sondage sur le fonctionnement de la gouvernance et le Sondage mené auprès de la main-d'œuvre sur le bien-être, la qualité et la sécurité) et une plateforme numérique en nuage sécurisée qui servira à la réalisation de ces activités.

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

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

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

Chapitre 1 : Gouvernance et leadership

Chapitre 2 : Modèles de prestation de soins

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

Chapitre 4 : Prévention et contrôle des infections

Chapitre 5 : Gestion des médicaments

Chapitre 6 : Expérience de soins des résidents

Statut d'agrément

Le statut d'agrément de Résidence du Bonheur est :

Agréé avec mention d'honneur

L'organisation a réussi à répondre aux exigences fondamentales du programme d'agrément.

Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément

Cette organisation exerce ses activités dans 1 installation différentes. Des évaluations virtuelles ² et des attestations ³ seront effectuées à toutes les installations de l'organisation, le cas échéant.

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

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

Le tableau suivant présente un résumé des installations ⁴ évaluées lors la visite sur place de l'organisation.

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

Tableau 1. Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Sur place
Résidence du Bonheur	✓

Pratiques organisationnelles requises

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

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

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gouvernance et leadership	Responsabilité liée à la qualité des soins	6 / 6	100.0%
Gouvernance et leadership	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.0%
Gouvernance et leadership	Plan de sécurité des usagers	4 / 4	100.0%
Gouvernance et leadership	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.0%
Gouvernance et leadership	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.0%
Gouvernance et leadership	Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	3 / 3	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Taux d'infection	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Médicaments de niveau d'alerte élevé	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Sécurité liée à l'héparine	0 / 0	0.0%

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gestion des médicaments	Sécurité liée aux narcotiques	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	4 / 4	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des chutes et réduction des blessures	6 / 6	100.0%
Expérience de soins des résidents	Soins de la peau et des plaies	8 / 8	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des plaies de pression	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention du suicide	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Identification des usagers	1 / 1	100.0%
Expérience de soins des résidents	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Sécurité liée aux pompes à perfusion	0 / 0	0.0%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Gouvernance et leadership

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

Évaluation du chapitre : 93.5% des critères sont conformes

6.5% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 3 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'organisme ne possède pas de conseil d'administration, c'est la directrice générale qui administre les ressources matérielles, financières et humaines selon les balises qui sont imposées à des centres privés conventionnés. Des suggestions sont émises à la direction générale par les autres directions (DSI, DRH) et par le propriétaire selon les besoins des résidents et l'évolution de l'entreprise.

L'organisme compte sur un comité administratif composé de la directrice générale, la directrice des soins infirmiers, le directeur des ressources humaines et des représentants de tous les départements (entretien, cuisine, comptabilité, loisirs) et le propriétaire de la ressource.

Nous encourageons l'établissement à se doter d'une politique pour la sélection et la négociation de services contractuels.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.9	Le conseil d'administration approuve les budgets d'immobilisations et d'exploitation de l'organisme.	Priorité élevée
1.1.14	Le conseil d'administration publie l'information sur ses processus de gouvernance, de prise de décisions et de rendement.	Priorité élevée
1.2.5	Le plan opérationnel annuel est élaboré dans le but de réaliser le plan stratégique, atteindre les buts et les objectifs, ainsi que pour orienter les activités quotidiennes.	Priorité élevée
1.2.20	Un plan d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en œuvre.	Priorité élevée

Modèles de prestation de soins

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

Évaluation du chapitre : 94.7% des critères sont conformes

5.3% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 4 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'équipe de gestion de la ressource a mis en place des moyens de reconnaître la contribution du personnel. À titre d'exemple : l'employé du mois, une journée de reconnaissance, 5 à 7, et champion de lavage de mains.

Un programme d'intégration et de formation des nouvelles recrues est bien documenté et le processus d'évaluation du rendement du personnel est intégré au dossier du personnel.

Des formations et du perfectionnement sur la santé et la sécurité sont structurés entre autres sur le lavage des mains, SIMDUT, les nouveaux équipements.

L'organisme n'a pas développé la télésanté. Nous les encourageons à réfléchir au déploiement d'un service de télésanté à la hauteur de leur capacité afin d'offrir l'accès à distance aux soins afin soit d'éviter des déplacements de résidents ou lors d'une situation d'urgence ou d'une catastrophe. Cependant, un médecin et un pharmacien sont de garde 24/7 advenant une urgence médicale, ou un besoin spécifique. Tous deux sont joignables via courriel, téléphone et messages textes.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.2.1	L'organisme fait la promotion et permet l'utilisation des services de télésanté par l'équipe de soins.	Priorité normale

Gestion des situations d'urgence et des catastrophes

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

Évaluation du chapitre : 94.1% des critères sont conformes

5.9% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 5 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'organisme détient des mesures de sécurité telle une génératrice en cas de panne électrique et des gicleurs dans tout l'établissement.

L'organisme a réalisé un exercice d'évacuation incendie au cours des derniers mois. Lors de la visite, la direction a reçu le rapport auprès du consultant externe qui les a accompagnés pour réaliser cet exercice, les résultats démontrent un niveau d'atteinte du déroulement de l'exercice.

Nous les encourageons à réaliser des simulations dans d'autres situations d'urgences (arrêt cardiaque, inondation, etc.).

Nous encourageons l'établissement à mettre en place un processus d'identification de la mobilité des résidents lors de situations d'urgence ou de catastrophes (exemple identification par code de couleur sur photo à la porte des chambres).

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.13	L'organisme planifie la manière dont il fournira des services de télésanté pour favoriser l'accès à distance aux soins lors d'une situation d'urgence ou d'une catastrophe.	Priorité normale

Prévention et contrôle des infections

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

Évaluation du chapitre : 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 6 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Pour ce chapitre, tous les critères ont été répondus. En effet, l'établissement par son organisation mise en place pour la PCI est en adéquation avec le fait qu'un programme de prévention et de contrôle des infections bien structuré permet de réduire de 30 % les infections nosocomiales. Les pratiques de base et les précautions additionnelles font partie des stratégies prioritaires déployées dans le CHSLD.

Il a été constaté lors de la visite que les pratiques de base se sont inscrites dans les habitudes régulières de travail et sont appliquées à tous les usagers que ce soit au niveau de l'hygiène des mains, du port des EPI, (quand la situation du résident le requiert), ou des procédures de désinfection respectées par le personnel ou l'employé de maintenance.

La directrice des soins infirmiers encadre et partage avec rigueur des tableaux pertinents sur les suivis des résidents concernés par des infections comme la covid, avec la directrice générale et la conseillère en PCI du CISSS de Laval. Cette dernière assure en la matière, une interface de vigie et de conseil très alerte en lien avec les meilleures pratiques et les mises à jour à effectuer. Le personnel est aussi encouragé à se faire vacciner.

Les résultats des audits sur l'hygiène des mains sont affichés dans la salle des employés. Une application accessible sur le cellulaire facilite la mise en place de ces audits qui donnent des retours formels au personnel sur leurs pratiques de base en PCI.

L'information sur d'éventuelles éclosions est partagée avec le personnel et les familles (ainsi un message mis à jour pour l'accueil au téléphone en précise le flux).

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Gestion des médicaments

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

Évaluation du chapitre : 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 7 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La procédure de gestion des médicaments précise dans son préambule : «En arrivant à la Résidence du Bonheur, la clientèle est prise en charge de façon complète. En ce sens, le médecin de garde de la Résidence prend d'emblée sous sa garde le nouveau résident. Il est responsable, en concert avec le directeur des soins infirmiers, de l'évaluation de l'état de santé des résidents et du dossier médical.»

Cette procédure vient donc mettre les balises nécessaires à l'application de la politique prévue pour une bonne gestion des médicaments de façon à répondre positivement aux sept B (bonne personne, bon médicament, bonne dose, bonne voie d'administration, bonne heure, bonne documentation, bonne surveillance des effets secondaires...)

Il est à noter que la directrice des soins infirmiers et le pharmacien attitré à la Résidence ont établi une étroite collaboration qui facilite en particulier les communications et les processus, au bénéfice d'un mieux-être de la clientèle desservie. L'établissement s'est également engagé dans la démarche de la déprescription, avec ses corollaires de décisions non évidentes à prendre dans le sens de maintenir la meilleure qualité de vie possible aux résidents.

L'établissement est également encouragé à s'appuyer sur la contribution active et directe des résidents, de leur famille ou des proches aidants, pour réviser leurs politiques et procédures en lien avec la gestion des médicaments.

Étant donné que les erreurs de médicaments peuvent avoir de graves conséquences chez les résidents, une procédure encadre la démarche. Il a d'ailleurs été constaté que le personnel est bien formé à l'administration de la médication, en témoignent en effet le peu d'incidents relevés en lien avec ces activités. L'accès facile au pharmacien est sans aucun doute un renforcement aux initiatives prises par le personnel dans ce domaine. L'objectif affiché par la direction est d'assurer toute la sécurité souhaitable lors de la prise de médication par les résidents.

Le BCM est bien implanté et répond aux exigences fixées.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Expérience de soins des résidents

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

Évaluation du chapitre : 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 8 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'équipe est multidisciplinaire, compétente, formée. Des réunions régulières avec les infirmières ou avec les réposés sont tenues avec la directrice des soins infirmiers. Les infirmières assurent un suivi rigoureux des plans d'intervention des résidents dont l'état de santé exige de plus en plus de soins importants. Le déploiement du logiciel Gustav, plus performant, est prévu en octobre.

La Résidence du Bonheur est un milieu de vie dans lequel les familles qui le souhaitent peuvent aisément s'investir auprès de leur proche. Les résidents sont incités à se retrouver en groupe au rez-de-chaussée au salon et à participer aux activités offertes. En termes de loisirs, en plus du programme déployé par la technicienne de loisirs, un partenariat avec une commission scolaire permet de rajouter des activités en horticulture, en zoothérapie, musique douce, gymnastique de la mémoire. Un musicien vient également régulièrement divertir les résidents.

L'histoire de vie est affichée pour chaque résident à leur chevet, afin de faciliter l'échange entre le personnel et la personne. L'éthique est un outil utilisé en cas de situation délicate à gérer, des alternatives sont alors explorées.

De nombreuses politiques et procédures sont en place pour encadrer la gestion et le signalement des mauvais traitements, prévenir les chutes et les plaies de pression, gérer les troubles de comportement des résidents, avoir un recours minimal à des moyens de contention, transférer le résident en toute sécurité, respecter l'héritage culturel et religieux des personnes accueillies. Un aide-mémoire «aînées» a été établi à l'intention du personnel soignant pour gérer de façon diligente les problématiques reliées aux plaies de pression, la dénutrition, la constipation, le délirium, l'insomnie ou le déclin fonctionnel.

Nous avons constaté lors de la visite un délai significatif de réponse aux cloches d'appel, nous encourageons l'organisme à réaliser un audit à ce niveau afin de trouver des pistes pour une réponse plus rapide aux cloches d'appels des résidents.

Il a aussi été constaté qu'il est difficile pour la direction d'actualiser in fine, le programme de fin de vie proposé par le ministère, en particulier en ce qui a trait à un espace d'intimité favorisant la spiritualité.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Aperçu de l'amélioration continue de la qualité

Nous encourageons la direction à mettre en place un plan intégré d'amélioration de la qualité des services à partir de plusieurs indicateurs d'améliorations. Certains indicateurs sont suivis, mais ils ne sont pas intégrés dans un plan global.

En contrepartie, il a été validé que la direction démontre un souci constant d'amélioration continue de la qualité en tirant profit des commentaires des résidents et des membres du personnel.

Compte tenu de la proximité démontrée de la direction avec les équipes, la communication est journalière et les ajustements ou actions correctives sont rapides et efficaces.

Le médecin et le pharmacien propriétaire, avec qui la Résidence est sous contrat, sont également engagés dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.