



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Groupe Champlain

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 6 au 10 juin 2016

Date de production du rapport : 2 août 2016

Au sujet du rapport

Groupe Champlain (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en juin 2016. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

Les résultats du processus d'agrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Agrément Canada se fie à l'exactitude des renseignements qu'il a reçus pour planifier et mener la visite d'agrément, ainsi que pour préparer le rapport d'agrément.

Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel et fourni par Agrément Canada uniquement à l'organisme. Agrément Canada ne présente ce rapport à aucune autre partie.

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

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

Un mot d'Agrément Canada

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

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

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre spécialiste en agrément.

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	4
Analyse selon les normes	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	10
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	12
Résultats détaillés de la visite	13
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	14
Processus prioritaire : Gouvernance	14
Processus prioritaire : Planification et conception des services	16
Processus prioritaire : Gestion des ressources	18
Processus prioritaire : Capital humain	19
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	21
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	22
Processus prioritaire : Communication	23
Processus prioritaire : Environnement physique	24
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	25
Processus prioritaire : Cheminement des clients	26
Processus prioritaire : Équipement et dispositifs médicaux	27
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	28
Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	28
Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments - Secteur ou service	30
Ensemble de normes : Services de santé mentale - Secteur ou service	32
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	36
Résultats des outils d'évaluation	40
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2011 - 2015)	40
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	44

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	46
Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	48
Annexe A - Programme Qmentum	49
Annexe B - Processus prioritaires	50

Sommaire

Groupe Champlain (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

Groupe Champlain a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé avec mention

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 6 au 10 juin 2016**

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les établissements et services de l'organisme sont considérés comme agréés.

1. Centre d'hébergement Champlain–de-L'Assomption
2. Centre d'hébergement Champlain–Chanoine-Audet
3. Centre d'hébergement Champlain–de-Châteauguay
4. Centre d'hébergement Champlain–de-Gatineau
5. Centre d'hébergement Champlain–de-la-Rose-Blanche
6. Centre d'hébergement Champlain–de-la-Villa-Soleil
7. Centre d'hébergement Champlain–de-St-François
8. Centre d'hébergement Champlain–des-Montagnes
9. Centre d'hébergement Champlain–des-Pommetiers
10. Centre d'hébergement Champlain–du-Château
11. Centre d'hébergement Champlain–Gouin
12. Centre d'hébergement Champlain–Jean-Louis-Lapierre
13. Centre d'hébergement Champlain–Marie-Victorin (et siège social)

- **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. Gouvernance
2. Leadership
3. Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections
4. Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

Normes sur l'excellence des services

5. Services de santé mentale - Normes sur l'excellence des services
6. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2011 - 2015)
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires
3. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
4. Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	28	2	1	31
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	19	0	0	19
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	160	2	8	170
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	68	0	0	68
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	111	4	1	116
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	18	0	0	18
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	270	10	12	292
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	22	1	0	23
Total	696	19	22	737

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
Gouvernance	48 (100,0%)	0 (0,0%)	2	32 (94,1%)	2 (5,9%)	2	80 (97,6%)	2 (2,4%)	4
Leadership	49 (100,0%)	0 (0,0%)	0	92 (96,8%)	3 (3,2%)	1	141 (97,9%)	3 (2,1%)	1
Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	25 (100,0%)	0 (0,0%)	2	44 (97,8%)	1 (2,2%)	1	69 (98,6%)	1 (1,4%)	3
Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments	47 (100,0%)	0 (0,0%)	5	50 (100,0%)	0 (0,0%)	2	97 (100,0%)	0 (0,0%)	7
Services de santé mentale	47 (94,0%)	3 (6,0%)	0	88 (97,8%)	2 (2,2%)	2	135 (96,4%)	5 (3,6%)	2
Soins de longue durée	47 (88,7%)	6 (11,3%)	1	97 (99,0%)	1 (1,0%)	1	144 (95,4%)	7 (4,6%)	2
Total	263 (96,7%)	9 (3,3%)	10	403 (97,8%)	9 (2,2%)	9	666 (97,4%)	18 (2,6%)	19

* 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			
Analyse prospective liée à la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Divulgation des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Gestion des événements (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0

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			
Identification des usagers (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	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)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de santé mentale)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Sécurité liée à l'héparine (Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Sécurité liée aux narcotiques (Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Non Conforme	5 sur 5	2 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des usagers : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Processus de retraitement (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	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 : Prévention des infections			
Vaccin antipneumococcique (Soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des chutes (Services de santé mentale)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Services de santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0

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 conseil d'administration (CA) joue pleinement son rôle de gouvernance. Celui-ci est composé de trois administrateurs provenant de diverses organisations externes, ils sont nommés par le Groupe Santé Sedna. Le CA est conforme aux exigences établies et a su mettre en place les structures nécessaires à son fonctionnement en adoptant des règlements, des politiques, en s'assurant la mise en œuvre de ces derniers.

Le conseil d'administration s'est doté de plusieurs comités, chacun possédant un mandat spécifique lié aux fonctions de gouvernance et de l'éthique. Le haut niveau de confiance développé entre les membres est facilement perceptible et contribue au bon fonctionnement. Au-delà des structures et des activités du conseil, il faut noter la forte collaboration qui s'est développée entre les membres du conseil d'administration et la présidente-directrice générale. Cela permet la synergie gouvernance/leadership qui favorise des soins et des services de qualité, profondément humains, en continu et dans un milieu sécuritaire, à des personnes ayant des besoins complexes au cours de leur parcours de vie en hébergement.

De concert avec la direction, le conseil d'administration s'est impliqué activement dans l'élaboration de la planification stratégique 2016-2018 et de sa mise en œuvre. Des efforts ont été déployés pour définir les orientations stratégiques qui guideront l'organisation pour les deux prochaines années. Le plan d'organisation est présentement en révision. Le conseil et l'organisation sont à redéfinir les liens de partenariat suite à la mise en place de la récente réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Des plans opérationnels permettent de faire le suivi de la planification stratégique avec la direction et les gestionnaires. Les états de situation sont transmis régulièrement au conseil. Lors des séances du conseil, tous les comités font rapport de leurs activités et les directions de l'organisation viennent, à tour de rôle, présenter les dossiers connexes. Le cadre de référence (A3) concernant la performance organisationnelle est digne de mention.

Les visiteurs ont perçu un véritable engagement à doter l'organisation de systèmes de gestion et de pratiques véritablement intégrés à l'ensemble de l'organisation en matière de ressources humaines. La vision consiste à développer l'expertise et les compétences à tous les niveaux de façon à créer une saine culture organisationnelle.

La culture de qualité et de la sécurité, de même que la culture de soins centrés sur l'utilisateur et la famille, sont palpables chez le personnel médical, chez les professionnels des soins de santé et tous les intervenants.

Le personnel soignant dispense les soins avec empathie et respect. Des programmes d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques, de prévention et de contrôle des infections sont bien en place, et sont appliqués de façon uniforme dans les installations du Groupe Champlain. L'équipe de direction est encouragée à poursuivre une démarche de soutien et de mobilisation des membres du personnel dans cette période de changement et de renouveau.

La présence de la haute direction auprès des usagers et du personnel est une initiative gagnante. Les résultats des sondages auprès des usagers hébergés indiquent un haut taux d'appréciation globale. Il est intéressant de constater que des proches ont mentionné que le personnel traite les résidents mieux qu'ils ne l'aient pu le faire eux-mêmes. Les résultats de sondage ont été largement diffusés à l'interne et créent une assise pour s'engager dans des initiatives visant à accroître davantage le niveau de satisfaction de la clientèle. Les usagers sont satisfaits des soins et des services offerts et du suivi par les équipes soignantes.

Le comité des usagers et des résidents sont actifs. De plus, ils sont très engagés à réaliser leur mandat qui consiste à faire connaître les services, les droits de l'utilisateur et trouver des réponses à leurs questions et inquiétudes. Ils apportent également une contribution importante aux comités sur lesquels leurs membres participent. Le comité des usagers est un pont efficace entre la direction de l'organisation et les résidents. Un guide est disponible pour tous les résidents à l'admission.

Plusieurs témoignages ont été reçus directement de la clientèle ou de leurs représentants pendant la visite d'agrément. L'ouverture, l'écoute et l'accessibilité de la direction générale et des gestionnaires, l'intégration au niveau de la culture et des services ainsi que l'implication grandissante des résidents au sein des comités internes et externes est bien appréciée et ils souhaitent que cela se poursuive.

Somme toute, les acteurs de tous les niveaux de l'organisation peuvent être fiers des réalisations accomplies depuis la dernière visite d'agrément. La tâche est immense, mais les compétences sont nombreuses pour y répondre.

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 : Milieu de travail	
<p>Prévention de la violence en milieu de travail Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership 2.12

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 : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Gouvernance	
2.3 Le conseil d'administration compte des usagers parmi ses membres, lorsque c'est possible.	
7.8 Le conseil d'administration dispose d'un plan pour la relève du DG.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le conseil d'administration (CA) de l'établissement est formé de membres fortement attachés à l'organisme. L'organisme a 40 ans d'histoire. Une des quatre (4) filiales du Groupe Santé Sedna a été acquise en 1993. Les membres du CA sont vivement engagés à poursuivre les objectifs de qualité des services axés sur l'expérience client et la performance.

Le conseil d'administration prévoit accueillir de nouveaux membres dans la prochaine année pour permettre une meilleure représentation de la communauté qu'il dessert et pour apporter au conseil des compétences additionnelles, notamment en matière d'expérience client.

La préoccupation du client est omniprésente et est au cœur des activités. Il y a lieu de souligner le souci des membres du CA qui s'appuient sur des données probantes pour l'analyse des besoins des clientèles et pour se comparer avec des établissements à l'échelle nationale ou encore de niveau international en vue de mettre en pratique les meilleures pratiques.

Les membres sont pleinement conscients de leurs rôles et responsabilités et ils départagent bien la gouvernance et la direction de l'organisme. Ils se réfèrent dans leurs activités et leurs décisions à un cadre d'éthique qui est bien intégré.

Le CA a participé à la révision des valeurs de l'organisme et s'en inspire dans ses travaux. Le conseil d'administration porte une attention particulière au respect des droits des clients et ceci transparait notamment avec l'adoption d'un cadre conceptuel d'éthique pour l'établissement et par l'adoption d'une charte des droits des clients qui a fait l'objet de discussions et de réflexions dans tout l'organisme. Les représentants des comités des usagers et des familles, des diverses installations du Groupe Champlain, participent à des activités qui en favorisent l'appropriation, ce qui est par la suite diffusé auprès de la clientèle et les familles des usagers.

La sécurité des usagers est une préoccupation majeure pour les membres du CA et ils tiennent à s'assurer que ceci est partagé par l'ensemble des acteurs de l'organisation.

Il a été observé que la gestion de la qualité est un point permanent à l'ordre du jour du conseil d'administration. Des rapports trimestriels sur la gestion de la qualité et des risques sont déposés au CA, au moins quatre fois par année. Il y a également lieu de noter que les règlements du conseil prévoient expressément un comité dont le mandat exclusif consiste à s'assurer que chaque rapport d'événement ou chaque rapport d'étude qui identifie des risques pour la clientèle est pris en charge par une direction ou par un service pour en assurer le suivi. Les outils mis en place par le conseil et par la direction pour s'assurer du maintien de la gestion de la qualité sont adéquats et appropriés. Il existe manifestement une bonne collaboration entre le conseil et la présidente-directrice générale. Le conseil d'administration suscite, de façon alternative, des présentations des diverses directions de l'organisation sur leurs activités et leurs projets, pour être mieux en mesure de les appuyer. De plus, les réunions se font dans différentes installations du territoire du Groupe Champlain. Lors des réunions du CA, les administrateurs consacrent une période de temps pour rencontrer le personnel et les usagers ou leurs représentants, avec ou sans la présence des gestionnaires de l'établissement. Cette façon de faire est très appréciée des usagers et du personnel et permet aux membres du conseil de mieux comprendre et de valider la compréhension et le fonctionnement de l'ensemble des installations du Groupe Champlain et la préoccupation des employés.

Le CA a un processus de décision qui lui permet de cheminer vers des décisions éclairées et assumées par l'ensemble de ses membres. Le travail de ses comités est utile à cet effet. Le CA signifie clairement à sa présidente-directrice générale ses attentes et dispose d'un processus annuel d'évaluation de son rendement en lien avec les orientations et les objectifs stratégiques. La présidente-directrice générale informe régulièrement le président et les membres du CA des changements qui surviennent dans l'environnement en leur donnant accès à plusieurs sources d'information et en favorisant les échanges sur ces changements. Le CA, par l'intermédiaire de l'équipe de direction, est très près de ses partenaires.

Le CA est encouragé à instaurer un tableau de bord lui permettant de suivre l'implantation de la planification stratégique, le déploiement de l'approche Planetree et le « Lean management ». De plus, la mise en place du nouveau plan d'organisationnelle représentera un défi de taille pour les prochaines années.

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	
1.6 L'apport des usagers et des familles est obtenu dans le cadre des principaux processus décisionnels de l'organisme.	
4.3 Les services sont planifiés avec l'apport des usagers, des familles et de la communauté élargie.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

La mission de l'établissement est bien connue de tous les intervenants de l'établissement et de leurs partenaires, de même que les valeurs qui y sont préconisées. Le choix des valeurs s'est fait dans une démarche où tous les acteurs de l'organisation ont été impliqués ou encore ils ont été consultés, et ce, à tous les niveaux. Les valeurs sont : la bienveillance, l'excellence et la rigueur, la cohérence, l'ouverture et la transparence, (BÉCOT). Elles ont également été communiquées à tous les paliers de l'organisation. Tout au long de la visite, les visiteurs ont pu constater une réelle appropriation de ces valeurs. Les visiteurs ont observé que des représentants de l'utilisateur et des familles portaient fièrement un bracelet bleu pâle avec une écriture des valeurs BÉCOT.

L'organisme a complété la réalisation de son plan stratégique 2012-2015. Un bilan a été réalisé en 2015 et on y retrouve les faits saillants et les enjeux qui ont contribué à l'élaboration de la planification stratégique 2016-2018, laquelle a été adoptée par le conseil d'administration. Ce plan stratégique a été réalisé avec la participation du conseil d'administration, de la direction générale et des cadres intermédiaires. Une consultation a été menée auprès de tous les acteurs dans l'ensemble des installations du Groupe Champlain, des comités d'usagers et de résidents, et le partenaire externe principal, le Groupe Santé Sedna. Quatre grandes orientations se dégagent de la planification : la gouvernance, l'expérience du client, les nouveaux modèles d'affaires, les stratégies de croissance et les ressources humaines. L'approche Planetree, le « Lean Management » et la qualité sont les principales approches qui ont teinté cette démarche. Des objectifs précis et mesurables ont été identifiés et permettront, conséquemment, d'élaborer des plans opérationnels. La direction est bien consciente que le contexte socio-économique peut exiger des ajustements importants et le plan élaboré prévoit la souplesse voulue pour l'ajuster au besoin.

Le conseil d'administration reçoit périodiquement des rapports de progrès bien documentés sur l'avancement des plans opérationnels de chaque direction.

La vision et le plan stratégique de l'organisation sont fortement imprégnés des besoins actuels de sa communauté et des priorités du gouvernement et des partenaires. L'organisme est très proactif dans l'analyse continue de son milieu pour cerner les changements et les nouveaux défis. Le personnel d'encadrement est soucieux de communiquer les buts et les objectifs stratégiques à ses équipes respectives et s'assure de l'harmoniser avec les buts des équipes dans les différentes installations.

La notion de partenariat est fortement imprégnée dans la culture de l'organisation, tant au niveau de la direction, du personnel d'encadrement que du personnel terrain, des usagers et des familles. La notion expérience du client revêt toute son importance dans ce contexte, et ce, à tous les niveaux des installations du Groupe Champlain. Un partenariat avec des milieux de recherche administratif est omniprésent pour les projets, par exemple, le stress humain, l'appariement de la clientèle, au niveau de l'organisation.

L'organisme s'est donné des ressources nécessaires pour s'assurer d'avoir une connaissance très fine des particularités de sa communauté et de ses besoins de santé. Elle utilise l'information recueillie pour définir la gamme de services et établir ses priorités en matière de besoins de santé, actuels et futurs. Elle tient compte des risques qui ont des répercussions sur la santé dans l'environnement social.

Compte tenu du très grand nombre de projets menés par l'organisation et de ses plans stratégiques, il serait intéressant que les différentes directions de l'organisation disposent de plans annuels pour orienter les activités quotidiennes.

L'organisme est très proactif dans le changement et en tient compte dans ces divers plans. À cet égard, il est encouragé à développer et mettre en œuvre un processus pour gérer les changements.

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)

La gestion des ressources financières est rigoureuse, bien contrôlée et elle est aussi préparée selon les pratiques comptables reconnues.

Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
<p>2.12 Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre.</p> <p>2.12.8 De l'information et de la formation sont fournies aux membres de l'équipe sur la prévention de la violence au travail.</p>	<p style="text-align: center;"> SECONDAIRE</p>

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

Depuis la dernière visite, la réduction du taux d'assurance salaire, la stabilisation des effectifs et la fermeture du pavillon Ste-Marie, regroupant la clientèle en déficience intellectuelle, a demandé des efforts considérables au secteur des ressources humaines. La mise en place d'un cadre de gestion intégré de la présence au travail, le développement d'une culture organisationnelle préventive de l'absence-maladie et de prévention des accidents de travail ont donné des résultats significatifs au niveau de la réduction de l'assurance salaire.

En 2015, la direction des ressources humaines a accueilli une nouvelle directrice. La direction de l'organisme a décidé de réinvestir dans les services des ressources humaines de manière à ce que cette direction puisse mieux assumer son rôle de soutien auprès des gestionnaires et qu'elle puisse assurer un suivi systématique dans toute l'organisation pour les projets qui sont mis en place. Il est largement souhaité que les services des ressources humaines continuent d'évoluer vers des fonctions plutôt stratégiques que transactionnelle. Un nouveau plan d'organisation de la direction est en voie de réalisation.

L'équipe des ressources humaines est une équipe solidaire qui bénéficie de la confiance des gestionnaires, d'une bonne relève, d'une bonne expertise et d'un partenariat très développé avec les milieux de recherche. Actuellement, des projets de recherche sur «L'appariement de la clientèle» et sur le «Stress humain» sont en cours de réalisation en collaboration avec l'Université de Montréal et l'Institut de gériatrie de Sherbrooke.

À ce stade-ci, la direction a établi son diagnostic organisationnel et a élaboré son plan stratégique de développement autour de l'innovation dans la conception d'équipes engagées, compétentes, stables et performantes. Chaque service de la direction a défini ses buts et objectifs pour répondre aux orientations de la direction, et ce, en cohérence avec les objectifs de la planification stratégique de l'organisation. L'amélioration continue est une priorité de l'organisation. La culture d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est bien enracinée. La bienveillance, l'excellence et la rigueur, la cohérence, l'ouverture

et la transparence (BECOT), sont des valeurs qui guident le quotidien des membres des équipes. Des efforts importants sont consacrés à revoir systématiquement les pratiques pour trouver les façons les plus efficaces de fournir les soins et les services. La mobilisation et l'engagement des ressources humaines à vouloir se démarquer et être les meilleurs sont bien ressentis par les visiteurs. Le travail d'équipe est excessivement important pour l'équipe des ressources humaines dans le but de renforcer les liens avec l'ensemble des partenaires. Un calendrier annuel 2016, avec photo et une description sommaire des fonctions de chacun, a été réalisé. Ce calendrier est diffusé dans l'ensemble des installations du Groupe Champlain. Il y a lieu de féliciter le dynamisme et l'innovation de cette direction.

Bien que le personnel ait accès facilement à des activités de formation, l'équipe des ressources humaines est encouragée à promouvoir une approche plus structurée, et ce, dans toute l'organisation et dans tous les services.

Lors de l'évaluation des dossiers du personnel, les visiteurs ont constaté que l'évaluation de rendement demeure une activité inégale dans l'organisme, selon l'importance relative que peut y accorder un gestionnaire ou une direction. Le personnel d'encadrement ne mène pas, de façon systématique, d'entrevues de départs.

Les rôles et les responsabilités sont clairement définis et à la portée de tous, ils spécifient de façon explicite les attentes en regard de la prestation sécuritaire des soins et services. Des activités de reconnaissance sont en place. Le personnel rencontré mentionne, la complicité le soutien et la disponibilité des conseillères des ressources humaines et des chefs d'équipe.

Un tableau de bord, avec des indicateurs de production et d'impacts des activités des ressources humaines, est en place et l'information est communiquée dans l'organisation. Les résultats sont présentés au comité de direction et au conseil d'administration. De plus, l'organisation se compare à des établissements similaires de l'Ontario.

Le sondage sur le climat de travail a été complété et les résultats n'ont pas mis en évidence d'enjeux particuliers à adresser. Ce sondage a été communiqué dans l'ensemble de l'organisme.

La direction des ressources humaines dispose d'un plan de main d'œuvre, en toute cohérence avec le plan stratégique de l'organisation, et fait l'objet d'un suivi.

Les principaux défis identifiés par la direction concernent la mise en place du système de gestion, la réduction de l'assurance salaire et la gestion du changement. Finalement, l'organisme est encouragé à systématiser, dans tous ses secteurs les entrevues de départs et utiliser cette information afin d'adapter ses stratégies de rétention.

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.

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

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

La gestion intégrée de la qualité est bien implantée à tous les niveaux de l'organisation de même que la gestion des risques. Depuis la dernière visite, le Planetree et le « Lean management » font partie du cadre de référence en gestion intégrée de la qualité de l'organisation.

L'amélioration de la qualité est omniprésente dans l'organisation.

Il est à noter que des formations sur la sécurité des usagers sont données en permanence aux gestionnaires, aux intervenants et aux membres du comité des résidents.

L'organisme élabore et met en œuvre un plan de sécurité détaillé qui couvre l'ensemble des risques identifiés.

Des rapports trimestriels sur la sécurité et la qualité de soins et des services sont produits et ils sont déposés, par la suite, au comité de gestion ainsi qu'au conseil d'administration.

Cinq analyses prospectives, distribution alimentaire, projet SICHELD, circuit des médicaments, consolidation du menu et mesures de contrôle, ont été réalisées depuis la dernière visite.

À la suite d'un événement sentinelle, un rapport complet d'enquête a été réalisé et un plan d'action a été mis en œuvre afin d'éviter que ce genre d'événement indésirable se répète.

Il y a aussi un souci pour assurer qu'une culture juste soit présente dans l'organisation. Un plan d'action a été mis en œuvre, suite à l'analyse des résultats du sondage sur la sécurité, afin de renforcer la culture juste.

Il faut souligner l'engagement de tout le personnel envers l'expérience client en ce qui concerne la prestation des soins et services sécuritaire et de qualité. De plus, il a été constaté que les membres du conseil d'administration sont très impliqués dans le suivi des indicateurs concernant la sécurité des résidents.

Les usagers et familles rencontrés ont souligné que le personnel est toujours à l'écoute de toutes problématiques liées à la sécurité de même que l'implication des médecins.

Il faut également souligner l'engagement et la motivation de la personne responsable de la gestion de la qualité et des risques.

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)

Le comité consultatif d'éthique clinique est bien structuré et fonctionnel. L'organisme est encouragé à faire la promotion de son comité d'éthique au sein des treize établissements afin de le faire connaître, de même que d'expliquer, le processus permettant d'y faire référence. Cette démarche pourrait se faire sous forme de dîner-causerie traitant de différentes situations éthiques.

Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
7.5 Un plan de communication porte sur la diffusion de l'information de l'organisme aux parties prenantes internes et externes et sur l'obtention de renseignements auprès de celles-ci.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
De façon générale, la communication est efficace au sein de l'organisation. Tous les paliers de l'organisation sont informés en temps opportun, et ce, dans les différentes régions administratives. Des groupes de discussion permettent de recueillir de l'information pertinente au sujet des attentes des usagers.	

Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Il y a certains centres du groupe Champlain qui présentent des signes de vétusté et qui ont besoin d'être rénovés, notamment le Centre d'hébergement Champlain - Marie-Victorin qui est un immeuble très vétuste. Il y a un projet en démonstration de rénovation et de réaménagement, en cours, pour rendre les chambres et les aires communes sécuritaires, afin d'offrir un milieu de vie de qualité dans ce centre.

L'organisme fait une veille réglementaire ainsi que des inspections régulièrement pour s'assurer que toutes ses installations sont sécuritaires, selon les réglementations en vigueur.

Un guide à l'usage des gestionnaires, sur les étapes de réalisation d'un projet de construction, de réaménagement fonctionnel et de maintien des actifs immobiliers, facilite la compréhension et le suivi du processus de réalisation des projets. Ce guide est très apprécié des gestionnaires.

Les résidents ou leur famille sont consultés lors de rénovations ou de projet d'aménagement et de décoration de leur chambre ou des aires de vie commune dans les installations.

Les centres sont pourvus de génératrices et il y a une réserve d'eau potable qui couvre les besoins pour environ 48 heures, et ce, dans chaque installation.

Plusieurs établissements ont des aménagements paysagers ou des coins jardins sécuritaires pour permettre aux résidents de sortir à l'extérieur.

Il faut souligner l'excellent partenariat avec la communauté et le partage de certains établissements avec les organismes publics.

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.

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

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

Le plan de mesure d'urgence a été mis à jour récemment et il est distribué dans chaque installation. Il se retrouve aussi dans l'intranet de l'organisme.

La mise à l'essai du plan de mesure d'urgence est faite deux fois par année sur tous les quarts de travail afin d'évaluer la capacité de réponse du personnel, dans chaque installation.

L'organisme s'est doté d'un programme triennal d'activités sur les mesures d'urgence et autres sinistres. Le tiers du personnel est formé annuellement. Il y a des capsules de formations présentées au personnel nouvellement embauché et des exercices portant sur des situations d'urgences, autres que le code rouge, sont prévus quatre fois par année dans chaque installation. Il y a des rapports d'événement qui se font après chaque exercice et un retour sur l'expérience est aussi fait aux équipes qui y ont participé.

Un comité régional et central coordonne toutes les activités reliées aux mesures d'urgence. La présence d'une conseillère en prévention et contrôle des infections serait un atout pour ce comité.

Il y a des chariots d'urgence dans toutes les unités et ils sont vérifiés régulièrement et documentés dans un registre.

Pour faire suite à la loi 10, les directions régionales sont à reconstruire leur lien avec les responsables de sécurité civile des CIUSSS et CISSS partenaires.

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)

Un processus d'admission des résidents est en place avec le mécanisme d'accès. L'établissement visité, le Centre d'hébergement Champlain–Marie-Victorin, offre six (6) lits d'hébergement temporaire et cinq (5) lits pour les urgences sociales, en plus des lits pour l'hébergement permanent ou transitoire. Les différents services sont avisés de l'arrivée d'un nouveau résident via un mécanisme de communication bien établi. L'accueil personnalisé est une priorité pour l'équipe.

Un suivi rigoureux est en place afin de réduire les délais d'admission. Les nouveaux résidents sont admis, habituellement, dans les 24 heures et les admissions se font 7 jours/7. Lors de situations d'urgence sociale, l'admission se fait à quelques heures de la demande.

Les résidents ainsi que les proches se sont dits satisfaits des délais d'attente pour obtenir un service par les professionnels, à l'interne et à l'externe, de l'organisme.

Processus prioritaire : Équipement et dispositifs 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 : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	
10.11 L'organisme vérifie la concentration de ses désinfectants à l'aide des bandelettes de test appropriées et jette les désinfectants selon les directives du fabricant.	

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

Le processus pour sélectionner, acheter l'équipement, les instruments et les appareils médicaux est centralisé à l'échelle de l'organisme. L'organisme tient compte des besoins des clients, des normes de prévention des infections et des méthodes d'entretien préventif et consulte les utilisateurs à cet effet. Le personnel est formé en matière de bonnes pratiques en hygiène et salubrité. Les outils de travail en hygiène et salubrité ont été révisés en 2016.

La mise en application d'un guide d'entretien préventif et de désinfection des équipements, aux soins, mérite d'être soulignée. Ce guide détermine l'attribution des responsabilités de nettoyage et d'entretien des articles, des appareils ou instruments utilisés pour donner des soins aux résidents.

Il existe des tableaux aide-mémoire pour l'entretien et la désinfection des équipements ainsi que différents registres de vérification et de contrôle des équipements pour assurer la sécurité des résidents. L'évaluation de l'implantation est à venir.

Il n'y a pas de service de stérilisation, ni de contrat attribué en sous-traitance, pour la stérilisation au Groupe Champlain. Le matériel jetable n'est pas réutilisé.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

Voici une liste des processus prioritaires propres aux normes sur l'excellence des services :

Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

- Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

- Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

- Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.

Épisode de soins

- Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager 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 : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections**

Le Groupe Champlain investit constamment dans la prévention et le contrôle des infections. La Direction de la qualité, des pratiques professionnelles et du milieu de vie, en assure la direction. Les pratiques sont basées sur des données probantes et sont constamment en évolution, selon les exigences de la Direction de la santé publique. L'organisme a établi différents partenariats avec des instances tels que le CISSS de Laval, de Québec et de Beauce-Etchemins.

Une équipe chevronnée de conseillères en soins infirmiers travaillent en étroite collaboration avec les équipes de soins et des services de l'organisation. Celles-ci sont très présentes sur les unités afin de répondre et de former le personnel, que ce soit pendant les périodes d'éclosions, ou simplement pour offrir du soutien.

Les politiques et procédures sont révisées et plusieurs outils de travail sont mis à la disposition du personnel. L'ensemble des intervenants des soins et des services, les bénévoles et les membres des familles reçoivent de la formation, deux fois par année, sur le lavage des mains soit à l'automne avant l'arrivée des éclosions et au printemps. D'ailleurs, dans l'ensemble des installations, toute l'information nécessaire à ce sujet s'y retrouve.

La gestion des risques est réalisée de façon continue et un comité est en fonction. La culture de mesure et de sécurité est intégrée à tous les paliers et par tous les services. Rien n'est laissé au hasard et les différents tableaux de bord en témoignent. Plusieurs audits se font, dans tous les services, et ils sont analysés afin d'améliorer la qualité des services et des plans d'action en découlent.

Le personnel des différents services rencontrés est au parfum de l'importance de la prévention des infections parce qu'ils reçoivent de la formation et sont responsables de leurs équipements. Ceux-ci sont d'une propreté remarquable, que ce soit aux soins infirmiers, en hygiène et salubrité, à la maintenance ou au service alimentaire.

La visite des installations a permis de constater combien la propreté et l'état des lieux, bien que vétustes, pour certains, sont très propres et bien entretenus. Une note particulière va au Centre d'hébergement Champlain-de-L'Assomption qui a élaboré des programmes de peinture et d'entretien préventif où les locaux, les équipements font l'objet d'audits régulièrement. L'environnement est agréable et la fierté du personnel se lit sur tous les regards.

Les défis pour l'organisation seront de maintenir la qualité du programme de Prévention et contrôle des infections, de consolider ces pratiques dans l'ensemble des installations et de diffuser l'information de façon continue.

Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

Le service de pharmacie du Groupe Champlain a connu plusieurs changements au sein de leur équipe au cours des dernières années. Le leadership organisationnel leur a permis, entre autres, de consolider l'équipe du service, d'harmoniser les pratiques de gestion, les politiques et les procédures, les pratiques cliniques et de mettre en place une culture de mesure qui est déjà bien ancrée. Cette dernière fait partie intégrale de leurs activités au quotidien. La disponibilité de l'équipe, au sein des équipes et des usagers, et leur travail interdisciplinaire, sont priorisés et reconnus.

L'équipe est bien au fait de la planification stratégique 2016-2018 et y adhère puisqu'elle a fait partie intégrante du processus de consultation. Les membres de l'équipe mettent tout en œuvre pour faire face aux défis qui les attendent. Tout comme le Groupe Champlain, ils ont intégré l'approche Planetree et ils y adhèrent. Le client est au centre de leurs préoccupations.

Actuellement, le processus de révision des politiques et procédures est en voie d'être entièrement réalisé. Les volets qualité et sécurité ressortent des différents écrits. La consultation auprès des intervenants leur a permis d'élaborer plusieurs outils de travail qui contribuent à l'atteinte du niveau de qualité souhaité.

L'ensemble des processus de fonctionnement a fait l'objet d'analyse et a été adapté à la réalité du quotidien des intervenants. Des outils de travail de type aide-mémoire en sont ressortis comme les différents types d'audits et les algorithmes facilitant le travail. Ces derniers sont actuellement en application dans l'ensemble des installations. Ils servent à mesurer la qualité de processus et d'y apporter les améliorations nécessaires au bon fonctionnement.

Afin de collaborer avec le personnel soignant, une technicienne en pharmacie est responsable de faire ces audits à tous les 56 jours sur chacune des unités. À l'intérieur de cette tâche, la rotation, la vérification des dates de péremption des médicaments et produits au commun, l'entretien des espaces dédiés sont tous réalisés. L'uniformisation, la standardisation et l'harmonisation des produits sont, à ce jour, mises en place. Un suivi rigoureux se fait en continu.

En collaboration avec l'équipe de direction, la compétence de l'équipe des pharmaciens et des intervenants professionnels, les services qui sont offerts à la clientèle sont d'une grande qualité. Le service de pharmacie a harmonisé les heures présences des pharmaciens en fonction des besoins des installations et des ratios établis par le MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux).

Les quatre pharmacies, dont les services sont en impartition, utilisent des logiciels informatisés adaptés pour le service de médicaments en centre d'hébergement de soins de longue durée. Le système de distribution des médicaments est le même dans l'ensemble des installations, soit le multi dose en sachet.

Afin de mettre en place les meilleures pratiques possible, une révision de l'utilisation des médicaments a été réalisée, et ce, en concertation avec l'équipe médicale. Les intervenants professionnels ont accès à toute l'information concernant la médication via Internet. L'application Rx Vigilance est sur tous les postes de travail.

Le pharmacien-chef et les membres de son service travaillent étroitement avec la direction des risques et de la qualité et font partie de différents comités très actifs, dont le comité de pharmacologie, comité de gestion des risques et de la qualité, comité de soins, comité des cadres et participent à tout processus de consultation demandant leur expertise ou contribution.

Les défis auxquels l'équipe de pharmaciens aura à faire face seront, d'une part, de rehausser les heures présences des pharmaciens afin de mieux répondre aux besoins du service, de maintenir les acquis et d'atteindre un niveau de qualité supérieur souhaité. D'autre part, l'équipe devra aussi poursuivre l'harmonisation des pratiques dans l'ensemble des installations du Groupe Champlain, les maintenir et les améliorer de façon continue.

Ensemble de normes : Services de santé mentale - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 Les titres de compétence, la formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
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	
13.1 Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
13.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
13.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Leadership clinique	

L'équipe interdisciplinaire intègre le résident, sa famille et les partenaires (par exemple, le représentant du curateur) dans la conception des plans de services individualisés. Les plans sont axés sur l'optimisation et le développement du potentiel de chaque résident.

Le calendrier des équipes interdisciplinaires prévoit une rencontre dans les quatre à six semaines suivant l'admission du nouveau résident et par la suite, une réévaluation de son plan se fait annuellement ou selon les besoins. Ce formulaire se retrouve au dossier de l'utilisateur.

Les partenariats internes ou externes sont diversifiés et ils contribuent activement au rétablissement de la clientèle et à sa réinsertion sociale. Ces approches réduisent la stigmatisation associée aux maladies mentales. Le Centre d'hébergement Champlain–de-la-Rose-Blanche est félicité pour ses initiatives telles que: le groupe de résidents travailleurs en buanderie et hygiène et salubrité, l'entente avec le Centre de la Petite Enfance, la FIS (Formation Insertion Sociale), les plateaux de travail et autres initiatives. L'établissement est encouragé à poursuivre ces initiatives.

L'établissement utilise divers sondages de satisfaction de la clientèle pour mesurer l'atteinte des résultats souhaités et se réajuste en fonction de ceux-ci. Le comité des résidents est supporté dans son développement pour accomplir sa mission et il est impliqué dans plusieurs projets d'amélioration du milieu de vie.

L'équipe accompagne et elle soutient sa clientèle dans la phase de transition vers d'autres ressources.

La réflexion sur le développement de ressources alternatives à l'hébergement de longue durée est à poursuivre. La clientèle pourrait ainsi bénéficier de ressources plus légères, adaptées à leurs besoins, dans le cadre de leur processus de rétablissement.

Processus prioritaire : Compétences

Une approche collaborative et interdisciplinaire, impliquant le résident, sa famille et les partenaires est utilisée. L'équipe apprécie son fonctionnement, annuellement elle établit des améliorations.

Le Centre d'hébergement Champlain–de-la-Rose-Blanche est encouragé à poursuivre le déploiement de son approche Planetree, qui place le résident au centre de ses soins et services et crée une expérience client positive. Ce modèle permet la reconnaissance de la contribution des intervenants et contribue à la mobilisation des ressources humaines.

La déclaration des cas de violence en milieu de travail est respectée et l'organisation est à l'écoute des suggestions des intervenants pour améliorer la sécurité, tel que le démontre la mise en place des téléphones avec bouton d'urgence pour tous les intervenants.

Le Centre d'hébergement Champlain–de-la-Rose-Blanche est encouragé à poursuivre la dispensation de la formation Oméga et de pacification à son personnel, en incluant les intervenants de soutien technique ou d'hygiène et salubrité, qui interagissent au quotidien avec les résidents.

Le recrutement d'infirmières et de professionnels qualifiés au niveau des interventions en santé mentale demeure un défi. L'établissement est invité à poursuivre sa réflexion sur les stratégies de recrutement à utiliser.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe adopte une approche collaborative et interdisciplinaire, accompagnant le résident dans l'identification de son projet de vie et le supportant dans son processus de rétablissement. Elle implique le résident à tous les niveaux, en le stimulant et le supportant dans l'atteinte de ses objectifs vers l'autonomie et en le responsabilisant à prendre en charge son évolution.

Les intervenants et les gestionnaires sont très engagés auprès du résident et de sa famille. Ceci crée un climat de travail sain dont la clientèle bénéficie au quotidien. Tous les résidents rencontrés ont démontré une grande satisfaction à l'endroit des soins et services dispensés. Ils se disent écoutés, et respectés dans leurs droits à la confidentialité et à consentir aux divers soins.

Une grande cohérence est notée dans l'approche et le discours des gestionnaires et intervenants de diverses professions.

Les intervenants ont les outils et les équipements requis pour mener à bien leurs tâches. Le personnel de soins possède un plan de travail à jour, ce dernier sera, sous peu, informatisé via le progiciel SICHELD, dans un but d'optimisation reliée à cette tâche.

Le Centre d'hébergement Champlain-de-la-Rose-Blanche est encouragé à réfléchir à une stratégie pour informer les préposés, rapidement, en début de quart, des éléments marquants concernant leurs résidents, dans l'optique de leur offrir des soins optimaux et sécuritaires.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme a élaboré beaucoup de politiques, programmes et protocoles qui supportent adéquatement le personnel clinique dans sa prise de décision. Dans les dossiers consultés au Centre d'hébergement Champlain-de-la-Rose-Blanche, il y a la présence systématique de la grille de dépistage du risque de chute, la grille de dépistage du risque suicidaire et l'échelle de Braden. Selon la pertinence, il y a également des outils qui balisent les décisions cliniques telles que les grilles d'observation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ou d'évaluation de la douleur.

Les divers programmes et outils sont disponibles sur Intranet. Le personnel y réfère au besoin lors de situations plus exceptionnelles, telles que l'utilisation des mesures de contrôle.

Le personnel de réadaptation s'appuie également sur certaines évaluations normalisées comme l'échelle de Berg ou le test de marche de Tinetti, pour établir son impression clinique.

La communication des nouveautés cliniques est diffusée au membre du personnel afin que ces derniers connaissent et comprennent bien les outils à utiliser. Un cartable de communication est présent, les communiqués y sont conservés sur une année. Ceci permet au personnel d'en prendre connaissance à leur retour d'absence prolongée, afin d'être informé adéquatement. Au besoin, la conseillère clinique fait des capsules de formation pour clarifier ou consolider la compréhension des outils.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Plusieurs indicateurs de qualité sont suivis périodiquement et analysés afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et services dispensés à l'utilisateur. Ces indicateurs sont sous forme de statistiques telles que le taux d'infection nosocomiale, plaies de pression, mesures de contrôle, chutes, agressions; ou établis pour faire suite à des audits sur divers sujets: l'hygiène des mains, le bilan comparatif des médicaments et la non-utilisation des abréviations dangereuses.

L'organisme possède un tableau de bord pour assurer le suivi et des plans d'action qui sont rédigés en y intégrant des cibles d'amélioration.

Le Centre d'hébergement Champlain-de-la-Rose-Blanche est félicité concernant son résultat d'excellence en prévention et contrôle des infections, car aucune éclosion n'y a été déclarée depuis quatre ans.

Les sondages de satisfaction de la clientèle sont fréquemment utilisés afin d'orienter les divers programmes et services vers les besoins réels des résidents.

La culture de la mesure est visible et bien implantée au sein de l'organisation.

Plusieurs formations pertinentes sont dispensées au personnel, telles que la formation sur la prévention du suicide et la formation Oméga. L'établissement est encouragé à poursuivre sa démarche de stratégies pour permettre la consolidation des apprentissages du personnel formé, notamment suite à la formation Oméga, afin de poursuivre l'amélioration de la prévention des agressions et la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 Les titres de compétence, la formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des résidents et des familles.	!
5.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
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.	!
15.4 Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des résidents et des familles.	!

- 15.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des résidents et des familles, pour s'assurer qu'elles tiennent compte des données actuelles sur la recherche et des meilleures pratiques.



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

Processus prioritaire : Leadership clinique

Les services offerts sont en lien avec la planification stratégique. Les gestionnaires, dans chaque région, sont mis à contribution afin de définir les objectifs et les moyens.

Les visiteurs ont souligné la propreté des lieux ainsi que les efforts pour créer des milieux de vie accueillants et chaleureux. La programmation d'activités est revue avec les résidents et familles et elle est développée en fonction des besoins et intérêts de la clientèle.

L'organisation du travail est revue de façon régulière. Les rôles et responsabilités de chaque intervenant sont bien définis. La charge de travail est discutée dans les équipes et des ajustements sont faits selon les besoins. De façon générale, l'amélioration du ratio d'employés, face à l'alourdissement de la clientèle, a été mentionnée comme mesure à mettre en place afin de mieux répondre aux besoins des résidents.

Processus prioritaire : Compétences

Soucieux d'offrir des soins et services adaptés à la clientèle, l'organisme a mis en place un programme d'orientation structuré pour le personnel soignant. Une évaluation est effectuée lors de la période de probation. L'appréciation de la contribution est faite aux deux ans pour tout le personnel.

Le déploiement de programmes cliniques tels que l'évaluation de la dysphagie, l'évaluation du risque suicidaire est fait pour l'ensemble des installations, ce qui assure l'uniformité des pratiques et la sécurité des soins pour les résidents.

Les membres du personnel rencontrés mentionnent les efforts déployés par l'organisme pour augmenter leurs connaissances et développer leurs compétences cliniques. A cet égard, l'organisme est invité à consolider les acquis afin d'éviter l'essoufflement des équipes soignantes.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Lors des visites dans les différentes installations, les visiteurs ont rencontré du personnel motivé et soucieux de dispenser des services de qualité aux résidents. Les valeurs choisies par l'établissement font partie des interventions quotidiennes du personnel, soutenu par le personnel cadre.

Au moment de l'admission, l'équipe a mis en place un processus d'accueil et d'intégration du résident et de ses proches. Un nouveau guide a été élaboré et est présentement en implantation. Les personnes ayant travaillé à l'élaboration de ce document sont grandement félicités, le document est détaillé, il informe les résidents et supporte le travail des équipes.

L'organisme est soucieux de favoriser un milieu de vie adapté aux besoins de la clientèle. En général, les lieux sont propres et aménagés en fonction d'assurer la sécurité pour les résidents. Les corridors sont dégagés et permettent le déplacement sécuritaire pour les résidents et les employés.

L'organisme a procédé à plusieurs projets d'amélioration des bâtiments, cependant, le Centre d'hébergement Champlain–Marie-Victorin est vétuste et il présente des limites architecturales importantes. Des corridors étroits, des chambres à occupation double et triple, des espaces communs restreints sont des obstacles majeurs pour le bien-être de la clientèle et des employés. Les visiteurs ont également observé des risques liés à la surveillance des usagers, dus à des postes de travail fermés et non vitrés. De plus, des risques liés au respect de la vie privée ont été notés, étant donné les espaces insuffisants pour les rencontres entre les intervenants, par exemple, lors des rapports inter quarts. Conscients de ces situations, les dirigeants poursuivent leurs efforts auprès des instances ministérielles pour procéder à l'amélioration du bâtiment.

Des outils cliniques normalisés pour l'évaluation du risque de chutes, les lésions de pression, l'évaluation de la douleur, l'évaluation du risque suicidaire sont utilisés par les intervenants. Les formulaires complétés sont placés au dossier des résidents.

L'équipe interdisciplinaire se réunit selon un calendrier établi. Les résidents et les membres de leur famille sont systématiquement invités. Tous les besoins biopsychosociaux sont pris en considération dans le processus d'évaluation et ils sont mis à jour au quotidien. L'outil informatique SICHELD est implanté dans toutes les installations, ce qui facilite la continuité des soins.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les équipes connaissent bien la clientèle dont elles sont responsables. Les équipes rencontrées avaient beaucoup d'expérience. La stabilité du personnel a été un élément positif de la part des membres de la famille et des résidents rencontrés.

Des conseillères cliniques soutiennent les équipes de travail au niveau de la formation, le développement de compétences cliniques et l'appropriation de nouveaux outils cliniques. Les équipes de travail ont manifesté leur satisfaction en ce qui a trait à la disponibilité des ressources, au quotidien.

Les membres du personnel se rencontrent de façon régulière. Ils mentionnent la possibilité d'exprimer leur opinion, leurs suggestions ainsi que l'ouverture à proposer des changements dans les approches et de nouvelles façons de faire.

Les visiteurs ont observé un support et un encadrement important de l'organisation auprès du personnel. Le dynamisme des gestionnaires, leur engagement pour la qualité et la sécurité des soins aux usagers sont des éléments de mobilisation pour le personnel.

Les dossiers des résidents sont rangés au poste, dans un local verrouillé. Une agente administrative est responsable de disposer du dossier lors de décès ou de transfert. Les règles de tenue de dossier sont suivies.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Une culture de sécurité s'est installée au cours des dernières années. Les déclarations d'événements et la divulgation aux résidents et familles sont encouragées par la direction.

Plusieurs indicateurs de qualité ont été identifiés et sont suivis de façon périodique par la gestionnaire. Les rapports sont affichés sur toutes les unités de vie. Les résultats sont partagés et les cibles d'amélioration sont établies.

Les visiteurs ont pu apprécier les différentes stratégies mises en place pour connaître et évaluer, sur une base régulière, la satisfaction de la clientèle à l'égard des services dispensés. L'organisme est encouragé à poursuivre ces activités qui permettent d'obtenir des pistes d'amélioration de la qualité tout en favorisant une reconnaissance pour le travail accompli par son personnel.

Les visiteurs ont entendu plusieurs témoignages de satisfaction de la part des résidents par rapport aux suivis apportés par l'organisation, qui est à l'écoute des différents besoins et du soutien offert par les gestionnaires et les intervenants.

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.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2011 - 2015)

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets suivants :

- composition du conseil d'administration;
- portée de ses pouvoirs (rôles et responsabilités);
- processus de réunion;
- évaluation du rendement.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- **Période de collecte de données : 12 février 2015 au 30 juin 2015**
- **Nombre de réponses : 2**

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	0	0	100	94
2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	0	0	100	95
3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	0	0	100	94

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
4 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3)	0	0	100	94
5 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	0	0	0	92
6 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	0	100	93
7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	96
8 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant).	0	0	100	94
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	94
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	0	0	100	95
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	0	0	100	89
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	0	100	92
13 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	95
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	0	0	100	90
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	0	0	100	97

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	95
17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	98
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	0	0	100	81
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	0	0	100	69
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	0	100	69
21 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	81
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	0	0	0	63
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	83
24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	0	0	0	82
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	0	0	100	69
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	0	0	100	95
27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.	0	100	0	88

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	94
29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	0	100	87
30 Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	0	100	92
31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	0	100	90
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	0	0	100	83
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	0	0	100	90
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	100	0	92
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	0	100	95
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	0	0	100	91
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	100	91

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2015 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires

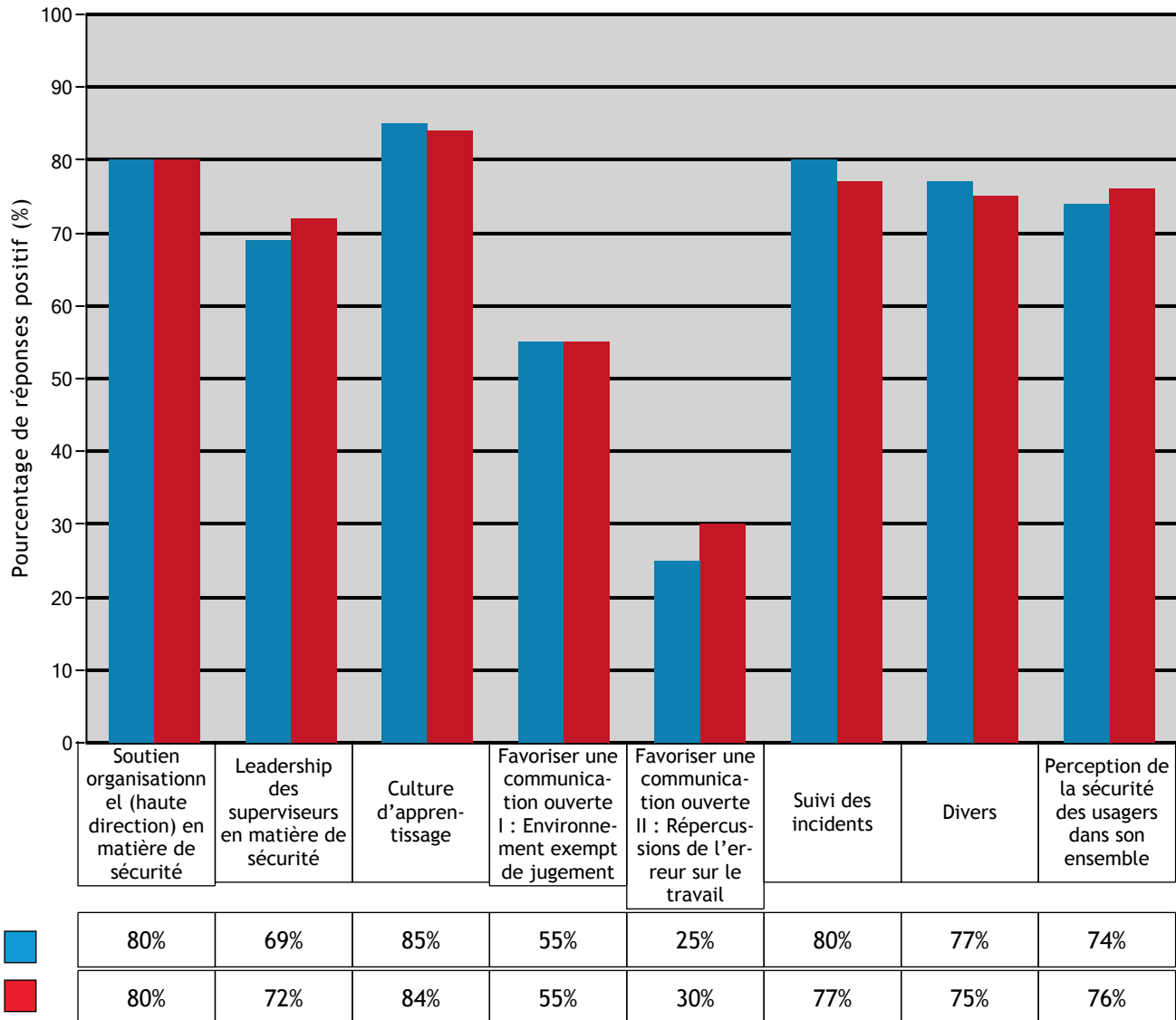
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 12 février 2015 au 8 juin 2015**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 286**
- **Nombre de réponses : 873**

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

- Groupe Champlain
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2015 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

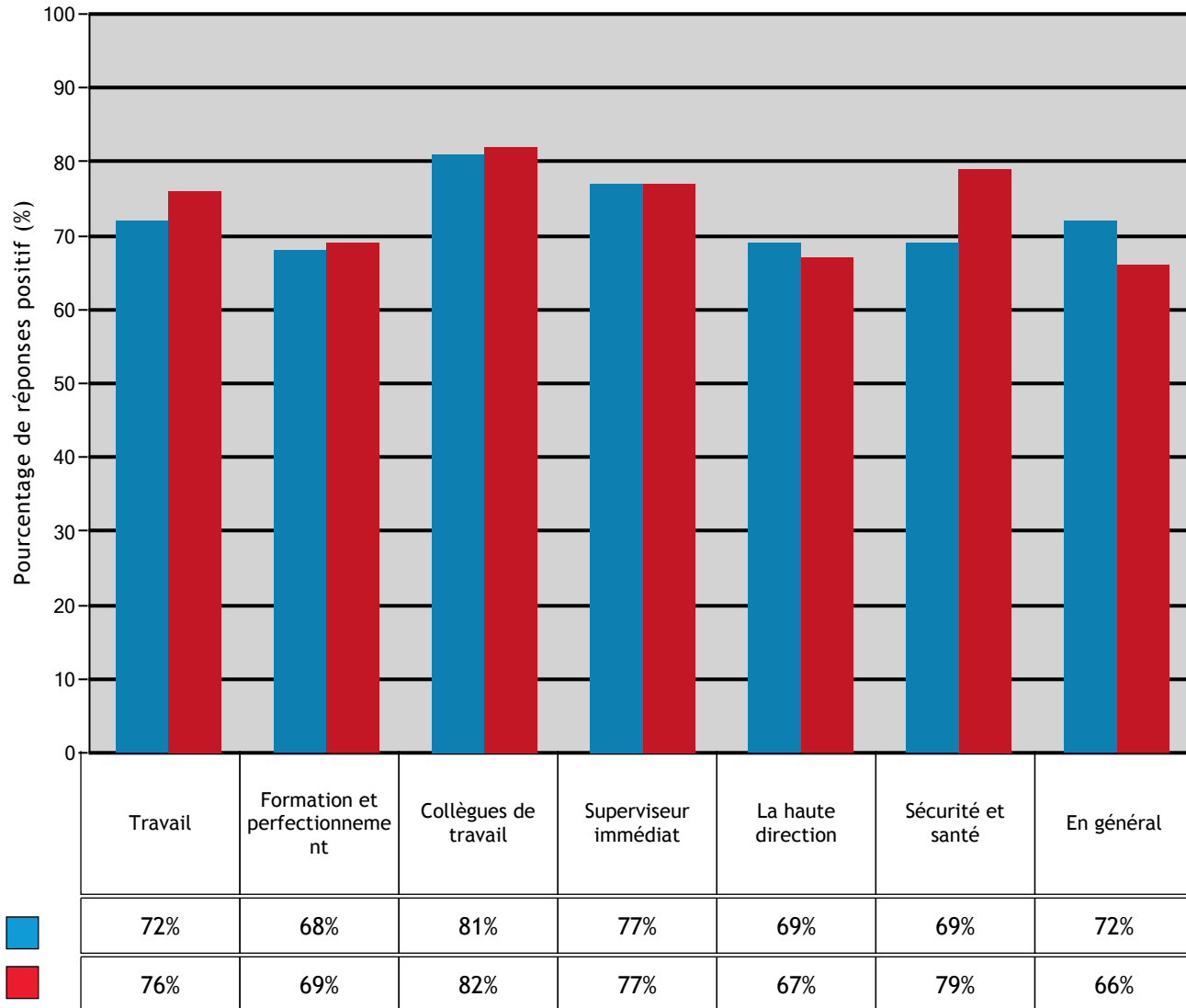
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 : 12 février 2015 au 8 juin 2015**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 308**
- **Nombre de réponses : 1010**

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



Légende

- Groupe Champlain
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2015 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexe A - Programme Qmentum

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

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 10 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux organismes clients dans leur portail. L'information contenue dans ce plan est utilisée conjointement avec le rapport d'agrément pour assurer l'élaboration de plans d'action détaillés.

Tout au long du cycle de quatre ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées. L'organisme transmet à Agrément Canada les preuves des mesures prises pour les éléments qui exigent un suivi.

Évaluation des preuves et amélioration continue

Cinq mois après la visite, Agrément Canada évalue les preuves transmises par l'organisme. Si ces preuves démontrent qu'il y a maintenant conformité à un pourcentage suffisant de critères qui n'étaient pas respectés auparavant, un nouveau type d'agrément pourrait être attribué pour tenir compte des progrès de l'organisme.

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 dispositifs 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.
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.

Processus prioritaire	Description
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.