



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum^{MD}
Soins de longue durée

Manoir Soleil inc

Rapport publié : 09/08/2023

Table des matières

À propos d’Agrément Canada	3
À propos du rapport d’agrément	3
Confidentialité	3
Sommaire	5
À propos de l’organisation	5
Aperçu des observations de l’équipe de visiteurs	6
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	7
Aperçu du programme	8
Statut d’agrément	9
Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément	9
Pratiques organisationnelles requises	10
Résultats de l’évaluation divisés par chapitre	12
Gouvernance et leadership	12
Modèles de prestation de soins	14
Gestion des situations d’urgence et des catastrophes	16
Prévention et contrôle des infections	18
Gestion des médicaments	19
Expérience de soins des résidents	21
Aperçu de l’amélioration continue de la qualité	25

À propos d'Agrément Canada

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

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

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

À propos du rapport d'agrément

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

Dans le cadre de ce programme, l'organisation a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 27/06/2023 à 29/06/2023.

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

Confidentialité

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

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

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

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

Sommaire

À propos de l'organisation

Manoir Soleil est un organisme familial qui a été fondé en 1983. Cet organisme est privé et non conventionné. L'équipe de direction travaille depuis environ un an avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) pour l'obtention du titre de privé conventionné.

Manoir Soleil administre une ressource intermédiaire et un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Manoir Soleil peut accueillir 69 résidents et détient un permis du MSSS.

Actuellement, l'entreprise est dirigée par les propriétaires, Nancy Gaudet, fille des fondateurs ainsi que Christine Grégoire.

La visite d'agrément porte sur la portion CHSLD comptant 54 lits, dont des lits permanents et des lits transitoires. Le CHSLD se trouve au rez-de-chaussée.

L'organisme compte plus de 70 employés. L'équipe est composée de membres en interdisciplinarité. À cela s'ajoute des employés du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre.

La mission de l'organisme est d'offrir un milieu de vie substitut agréable, dans lequel les soins, la sécurité, l'assistance et le soutien sont assurés selon les besoins personnalisés de chaque résident.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Depuis plus de 40 ans, Manoir Soleil accueille des aînés au sein de son établissement. C'est la fille des fondateurs et la directrice générale qui sont maintenant les propriétaires. C'est aussi eux qui forment le conseil d'administration.

Les deux propriétaires, la directrice des soins infirmiers, la directrice des ressources humaines et l'adjointe administrative à la direction générale forment, ce que l'on nomme souvent dans le jargon de la santé, la haute direction.

Manoir Soleil a aussi les comités que l'on retrouve dans le système public.

L'instance de gouvernance adopte une gestion de proximité dans son centre à dimension humaine.

La communauté et les partenaires font partie intégrante de cette gestion participative. Manoir Soleil s'est donné les moyens et s'est entouré de tout un réseau lui permettant de promouvoir et faire vivre sa philosophie «d'offrir au résident la liberté de prendre ses propres décisions, la préservation de son identité et de son estime de soi, le confort de celui-ci, le respect de ses goûts et de ses préférences».

Pour se faire, Manoir Soleil a entrepris l'approche Méthode Montessori, dans laquelle Manoir Soleil a obtenu deux certificats (Bronze et Argent), et est le 1er CHSLD privé approche Méthode Montessori au Canada. La qualification du certificat Or est en cours.

Manoir Soleil prend grand soin non seulement de ses résidents et de leurs proches, mais aussi de ses employés et de ses partenaires. Les rencontres avec les partenaires, les résidents, les familles et le comité des usagers le confirment.

Les problèmes de recrutement d'un personnel compétent et qui partage les valeurs de l'organisation ne sont pas plus faciles que dans le reste du Québec.

L'approche intergénérationnelle avec une garderie sur place, l'approche Montessori, la présence des propriétaires au jour le jour, la nouvelle direction des ressources humaines, le programme de reconnaissance des employés ne sont que quelques éléments qui confirment la passion de l'équipe Manoir Soleil.

Les témoignages des résidents et des familles attestent que Manoir Soleil a pour objectifs d'assurer la meilleure qualité de vie possible, de chercher à s'adapter afin de répondre aux besoins de sa clientèle, de favoriser l'intégration du résident dans son nouveau milieu, de promouvoir l'implication des proches et d'assurer des soins sécuritaires et de qualité.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Manoir Soleil a plusieurs avantages pour le personnel et ses résidents, notamment sa dimension humaine, la facilité à identifier ce qui est profitable pour le résident et les employés et ce qui l'est moins, la prise de décisions rapide, le milieu de travail, le milieu de vie favorisant un climat familial, l'environnement, les espaces, les locaux, etc.

Manoir Soleil a suivi diligemment les consignes durant la COVID, ce qui a été bénéfique pour les résidents et le personnel. Manoir Soleil a reçu un certificat honorifique de l'assemblée nationale en gage de reconnaissance pour leur dévouement exceptionnel auprès des résidents.

Que dire des loisirs offerts à Manoir Soleil qui sont rapportés comme nombreux, diversifiés et adaptés! Le yoga, la zoothérapie, la musique, les jeux et les célébrations viennent agrémenter la vie des résidents et du personnel.

Lors de la visite d'agrément sur place, les groupes de discussion des clients et de la famille sont unanimes. Des expressions reviennent «l'approche familiale», «on fait partie de l'équipe». «On nous écoute et on répond à nos demandes rapidement».

Les groupes de discussion avec les partenaires vont dans le même sens. Il est facile de travailler avec Manoir Soleil. L'établissement se met facilement en mode écoute et met en place tout ce qui est requis pour assurer la sécurité et la qualité des soins et des services.

La perfection n'est pas de ce monde et Manoir Soleil a aussi des défis. Le recrutement de personnel n'est pas chose facile, comme ailleurs au Québec.

La clientèle s'alourdit et vieillit. La moyenne d'âge est actuellement de 93 ans. La charge de travail et l'impact sur le personnel sont une préoccupation constante.

La pérennité de la couverture médicale est une nécessité.

La transformation d'un CHSLD privé non conventionné à un CHSLD privé conventionné sera un avantage, mais elle requiert tout un travail de préparation.

L'alourdissement des pratiques administratives et l'amélioration continue de la sécurité des espaces à l'intérieur des limites financières demeurent des défis pour le Manoir Soleil.

Aperçu du programme

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

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

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

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

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

Chapitre 1 : Gouvernance et leadership

Chapitre 2 : Modèles de prestation de soins

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

Chapitre 4 : Prévention et contrôle des infections

Chapitre 5 : Gestion des médicaments

Chapitre 6 : Expérience de soins des résidents

Statut d'agrément

Le statut d'agrément de Manoir Soleil inc est :

Agréé

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

Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément

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

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

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

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

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

Tableau 1. Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Sur place
Manoir Soleil	✓

Pratiques organisationnelles requises

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

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

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

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gestion des médicaments	Sécurité liée aux narcotiques	2 / 2	100.0%
Gestion des médicaments	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	4 / 4	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des chutes et réduction des blessures	4 / 6	66.7%
Expérience de soins des résidents	Soins de la peau et des plaies	5 / 8	62.5%
Expérience de soins des résidents	Prévention des plaies de pression	1 / 5	20.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention du suicide	4 / 5	80.0%
Expérience de soins des résidents	Identification des usagers	1 / 1	100.0%
Expérience de soins des résidents	Transfert de l'information aux points de transition des soins	2 / 5	40.0%
Expérience de soins des résidents	Sécurité liée aux pompes à perfusion	0 / 0	0.0%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Gouvernance et leadership

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

Évaluation du chapitre : 98.4% des critères sont conformes

1.6% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 3 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les membres du conseil d'administration connaissent leurs responsabilités, leurs rôles et leurs obligations légales.

Les membres du conseil d'administration (CA) en collaboration avec le comité de direction ont une vision de poursuivre le développement de l'organisme dans une perspective de maintenir des soins et des services de qualité, et ce en toute sécurité.

Chaque membre du CA et de la direction a un rôle spécifique et tous travaillent en collaboration dans un objectif d'offrir un milieu de vie adaptée, sécuritaire, de qualité et accueillant.

Les membres du conseil d'administration qualifient leur système de portes ouvertes. Être sur place et diriger l'entreprise dans la même philosophie que les fondateurs, soit une gestion proche de son personnel.

Le conseil d'administration dispose de systèmes de contrôle des fonctions liées à la qualité et à la sécurité, ainsi qu'à la gestion des talents. Une utilisation plus étendue de l'informatique pourrait leur faciliter la tâche.

Un plan opérationnel découlant du plan stratégique est élaboré et connu du personnel. Son processus de réalisation est encadré par les gestionnaires auprès du personnel.

Du personnel s'est ajouté dans la structure hiérarchique pour les activités cliniques et administratives tant envers le personnel qu'envers les résidents.

Les politiques et les procédures émises par la direction sont énoncées en fonction des objectifs de l'organisme.

Au cours des années, tout un réseau de partenariat constructif s'est créé. Les liens avec la communauté, la paroisse, la pharmacie, le CISSS, Nouvelle vie (bénévoles), la bibliothèque de Chambly, le projet Jardin et la Ville de Chambly sont bienfaisants. Ces collaborateurs de premier ordre favorisent un milieu de vie enrichissant, un milieu qui assure la qualité des services et des soins et surtout un milieu sécuritaire.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.2.7	L'environnement physique est géré de manière à assurer la santé et la sécurité des résidents et de l'équipe.	Priorité normale

Modèles de prestation de soins

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

Évaluation du chapitre : 94.1% des critères sont conformes

5.9% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 4 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Manoir Soleil offre à ses résidents, aux proches aidants, aux intervenants et aux partenaires un milieu propre, sans encombrement et adapté à la clientèle.

Les chambres sont grandes et les couloirs sont vastes. Les espaces sont adaptés à la clientèle et sont sécuritaires.

Le personnel est choisi en conformité avec les valeurs de l'établissement. Les niveaux d'expérience et de compétence sont en lien avec les besoins de la clientèle. Cependant, malgré cela, la difficulté du recrutement du personnel ne fait pas exemption au Manoir Soleil, comme dans le reste du Québec.

Bien que plusieurs nouveaux membres aient rejoint l'équipe, le programme d'orientation permet à Manoir Soleil de maintenir ses normes de soins et de services.

La direction et le personnel prennent grand soin des résidents. Manoir Soleil s'adapte aux besoins du résident. Chaque résident est unique. Plusieurs services sont offerts afin de rendre le séjour confortable et sécuritaire. De plus, Manoir Soleil répond à des besoins particuliers en s'adjoignant de nombreux professionnels qui offrent des services spécialisés.

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

Actuellement, Manoir Soleil n'utilise pas la télésanté. Étant donné, la place grandissante dans notre société de l'utilisation du virtuel, l'établissement est encouragé à évaluer la possibilité d'étendre son offre de services par la télésanté.

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux, des CIUSSS et des CISSS, le Collège des médecins du Québec et probablement plusieurs autres organisations ont développé des guides, du matériel d'utilisation, des règles à suivre. Il va de soi que le recours aux services de télésanté continuera d'augmenter.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.15	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	Priorité élevée

Gestion des situations d'urgence et des catastrophes

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

Évaluation du chapitre : 87.5% des critères sont conformes

12.5% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 5 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La direction ne met pas en doute la sécurité des résidents et du personnel. Tout est mis en place pour une intervention sécuritaire. Le volet préventif est présent.

L'organisme possède une procédure définie sur les situations d'urgence et de catastrophes. À cet effet, les propriétaires ont revu récemment, avec une firme-conseil, tout le processus de gestion des situations d'urgence et des catastrophes afin d'assurer que tout ce qui est prévu en cas d'urgence est conforme avec le «ce qui devrait être».

Le travail avec la firme-conseil est effectué. Une politique a été élaborée. Prochainement, tout le personnel, les résidents et la famille, les bénévoles seront informés et formés à cette nouvelle mise à jour.

Dans la poursuite des efforts d'amélioration, la direction est encouragée à informer ses partenaires, notamment le service de pompiers et tous ceux qui fréquentent Manoir Soleil de cette politique et de tout le processus en lien.

Dès l'admission, le résident et sa famille sont informés quant aux démarches de sécurité par le personnel du CHSLD.

L'organisme évalue régulièrement l'efficacité de sa planification en cas de situations d'urgence et des catastrophes en fonction des résultats des exercices réalisés. Actuellement, la direction se fit aux rapports des pompiers qui ont simulé un exercice d'évacuation (sans faire d'évacuation). Les deux rapports qui ont été présentés dataient de 2021 et 2022.

La mesure et l'évaluation régulières de ce processus des urgences et des catastrophes sont les gages de la réussite en cas d'événements. L'organisme est fortement encouragé à le faire.

Il est fortement suggéré de continuer des exercices d'évacuation annuels et de documenter les événements. Il est fort intéressant de revoir avec le personnel ce qui a bien fonctionné et ce qui pourrait être amélioré, en d'autres mots procéder à un débriefage.

De plus, l'organisme est fortement encouragé à la mise à l'essai régulière d'au moins un type d'urgence ou d'un élément du plan une fois tous les trois mois. D'autres exercices de simulations de situations fréquentes qui existent dans l'établissement comme des chutes, des blessures, des douleurs

thoraciques, des erreurs de médicaments permettent de s'assurer que l'on sait quoi faire quand un événement arrive.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.2	Des exercices pratiques du plan de préparation en vue d'urgences ou de catastrophes ont lieu régulièrement.	Priorité élevée
3.1.16	L'organisme évalue régulièrement l'efficacité de sa planification en cas de situation d'urgence et de catastrophe en fonction des résultats des exercices réalisés et des événements passés et il utilise les résultats pour apporter des améliorations.	Priorité normale

Prévention et contrôle des infections

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

Évaluation du chapitre : 100.0% des critères sont conformes

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

Résultats de l'évaluation :

L'établissement a élaboré un Programme de prévention et de contrôle des infections et ce dernier a été mis à jour. Toutes les informations pertinentes ont été intégrées, notamment, la liste des activités préventives, la formation continue et les niveaux de responsabilités.

De plus, une politique de déclaration obligatoire d'une maladie et une politique d'immunisation pour les résidents, les familles, les proches et le personnel sont en place et militent en faveur d'un milieu de vie favorable à la sécurité des résidents.

Afin d'assurer la sécurité du personnel, on retrouve également des contenants pour l'élimination des aiguilles et objets tranchants et les procédures de transport sont respectées.

Les activités cliniques observées sont respectueuses des politiques mises en place.

Une attention est portée toutefois au lavage des mains des employés afin de maintenir la rigueur recherchée.

La formation continue, les audits sont réalisés périodiquement. Nous encourageons l'établissement à se doter d'un système d'audit plus structurée dans le temps.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Gestion des médicaments

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

Évaluation du chapitre : 95.4% des critères sont conformes

4.6% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 7 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Une politique sur la gestion des médicaments encadre la pratique sécuritaire recherchée entourant ce processus prioritaire de soin.

Nous avons constaté la rigueur des gestionnaires et du personnel dans la gestion et l'administration des médicaments, soit un souci de mettre en place des pratiques exemptes d'erreurs et dans le cas échéant d'assurer leur déclaration dans une perspective de non récurrence.

Plusieurs mesures conformes ont été mises en place, dont le respect des abréviations non recommandées, la gestion des retours des médicaments non utilisés ou périmés et les mesures d'entreposage requises.

Un partenariat assidu avec la pharmacie communautaire permet le traitement rapide des prescriptions, les livraisons, les conseils le cas échéant. Le pharmacien assure également le bilan comparatif des médicaments au départ, au transfert et à l'arrivée des nouveaux résidents.

Une politique de gestion des médicaments à niveau d'alerte élevé visant la gestion des narcotiques et des médicaments à niveau d'alerte élevé est en place et elle répond aux exigences requises pour la sécurité.

Nous avons observé sur le terrain des pratiques cliniques conformes aux exigences dans l'administration des narcotiques, leur décompte et leur entreposage sécuritaire.

Nous encourageons l'organisation à maintenir ses pratiques sécuritaires et à poursuivre le développement d'audits de qualité.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.3	Les équipes peuvent accéder facilement aux politiques et aux procédures sur la gestion des médicaments.	Priorité élevée
5.1.10	L'organisme a élaboré et mis en place une procédure de gestion des médicaments apportés par les résidents, les familles ou les proches aidants.	Priorité élevée
5.1.32	Une politique et une procédure sont en place pour assurer la gestion sécuritaire de l'auto-administration des médicaments par les résidents.	Priorité élevée

Expérience de soins des résidents

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

Évaluation du chapitre : 77.0% des critères sont conformes

23.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 8 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'établissement visité a démontré des pratiques sécuritaires à plusieurs égards et cela malgré le contexte post pandémie récent.

Au cours des deux dernières années, le personnel a accédé à plusieurs formations en mode virtuel leur permettant de se réappropriier les contenus cliniques au profit de l'amélioration continue des pratiques et des services rendus aux résidents.

Au niveau des pratiques cliniques, la directrice des soins infirmiers et son assistante assurent un soutien important et permettent le développement et l'appropriation des outils. Leur soutien est en appui à l'amélioration continue des pratiques en hébergement et est contributif à l'excellence des services aux résidents.

En surplus, l'établissement a développé d'excellents liens avec le CISSS de son territoire et ce partenariat permet un soutien lors de situations cliniques complexes. Le personnel n'hésite pas à s'y référer.

Une petite salle permet l'ensemble des communications interquarts et contribue à améliorer le transfert d'information entre les membres du personnel aux trois quarts de travail. Cette façon de faire est simple et fonctionnelle. Les informations sont cascadées aux infirmières auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires par la suite.

L'accès aux informations contenues dans les dossiers des résidents est actuellement complexe en raison de la division des informations à la fois en mode papier et en mode virtuel. De plus, le système informatique et le système clinique d'information clientèle doivent être revus ce qui rendra le travail plus optimal pour tous. Des démarches sont prévues en ce sens.

Certaines pratiques organisationnelles requises ne sont pas conformes et ces dernières nécessiteront des ajustements pour assurer leur pleine conformité.

Entre autres, nous encourageons la poursuite du développement de nouvelles stratégies de prévention des chutes afin de les réduire et éviter les blessures. Notamment, la mise en place de révisions systématiques périodiques et à intervalles réguliers des résidents et la formation et renseignements transmises aux familles.

De la documentation encadrant la gestion interdisciplinaire des soins de la peau et des plaies n'a pas été retrouvée lors de la visite. De même, de l'information dédiée aux proches relativement aux facteurs de risque n'ont pas été soumis.

En ce qui a trait au risque suicidaire, malgré le souci d'intervenir lors de signes et symptômes des résidents, il est impératif de mettre en place un repérage systématique des nouveaux résidents à l'admission. La formation des intervenants a été offerte et est bien actualisée.

L'établissement a élaboré une politique et procédure encadrant la transmission de l'information aux points de transition. Cette politique énonce plusieurs mesures permettant les communications efficaces et pertinentes. Il est suggéré à l'établissement de s'assurer qu'elles sont connues et appliquées afin d'assurer leur conformité.

Il est de mise également de mettre en place des mécanismes formels d'évaluation de l'information permettant d'assurer l'efficacité des communications et leur amélioration le cas échéant et le développement d'un outil de communications aux points de transition lors des transferts pour les résidents en transition au Manoir.

Des activités pour réduire les risques associés au déconditionnement ont été observées au cours de la visite. Le milieu est sensible aux conséquences du déconditionnement chez résidents tant au niveau physique que cognitif et des activités sont mises en place. Nous soulignons cet engagement et effort collectif.

Le personnel rencontré démontre une approche humanisante et bienveillante auprès de la clientèle. Ces derniers sont soucieux de la qualité de vie des résidents et les familles et les résidents rencontrés en ont fait état.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.2.15	L'équipe réévalue l'état de santé des résidents en temps opportun et met à jour leurs plans d'intervention individualisés en conséquence.	Priorité normale
6.3.1	Prévention des chutes et réduction des blessures	POR
6.3.1.2	Un processus normalisé est suivi pour réévaluer les résidents à des intervalles réguliers et quand il y a un important changement dans leur état de santé.	
6.3.1.5	Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et des renseignements sont fournis aux résidents, aux familles ou aux proches aidants et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.3.2	Soins de la peau et des plaies	POR
6.3.2.1	Une approche documentée et coordonnée des soins de la peau et des plaies est en place pour aider les médecins, le personnel infirmier et les prestataires de soins paramédicaux à travailler en collaboration et donne accès à un éventail de compétences appropriées pour la population de résidents.	
6.3.2.3	Les résidents, les familles et les proches aidants reçoivent des renseignements et des séances pédagogiques sur les soins de la peau et des plaies auto-administrées, sous une forme qu'ils sont en mesure de comprendre.	
6.3.2.8	L'efficacité du programme des soins de la peau et des plaies est vérifiée en évaluant les processus mis en place pour donner les soins (p. ex., diagnostic précis, traitement approprié, etc.) et les résultats (p. ex., durée de guérison, douleur, etc.); ces renseignements sont utilisés pour apporter des améliorations.	
6.3.3	Prévention des plaies de pression	POR
6.3.3.2	Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque résident à des intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du résident.	
6.3.3.3	Des protocoles et procédures documentés, fondés sur les directives inspirées des meilleures pratiques, sont mis en œuvre pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, réduire au minimum la pression, le cisaillement et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.	
6.3.3.4	Les membres de l'équipe, les résidents, les familles et les proches aidants suivent des séances pédagogiques sur les facteurs de risque ainsi que sur les protocoles et procédures pour prévenir les plaies de pression.	
6.3.3.5	L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	
6.3.4	Prévention du suicide	POR
6.3.4.1	Les résidents présentant un risque de suicide sont détectés.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.3.6	Transfert de l'information aux points de transition des soins	POR
6.3.6.2	Des outils de documentation et des stratégies de communication sont utilisés pour normaliser le transfert de renseignements aux points de transition des soins.	
6.3.6.4	Les renseignements communiqués aux points de transition des soins sont documentés.	
6.3.6.5	<p>L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des résidents) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert des renseignements; • demander aux résidents, aux familles ou aux proches aidants et aux prestataires de services s'ils ont reçu les renseignements dont ils avaient besoin; • évaluer les événements liés à la sécurité qui se rattachent au transfert des renseignements (p. ex., à partir du système de gestion des événements liés à la sécurité des résidents). 	

Aperçu de l'amélioration continue de la qualité

Un plan d'amélioration continue de la qualité est élaboré et suivi avec rigueur. L'organisme s'est inspiré des huit dimensions de la qualité proposée par Agrément Canada. Le plan d'amélioration de la qualité est en lien avec le plan stratégique et le plan opérationnel.

Pour chacun des six indicateurs choisis, par l'organisme, il y a un objectif spécifique, une cible mesurable et désirée, une mesure, un rendement et une activité définie pour améliorer le rendement afin d'atteindre la cible souhaitée. Un responsable est nommé pour transmettre les données à la direction générale.

Les membres du comité de direction et d'amélioration de la qualité ainsi que le comité de vigilance de la qualité sont tous les deux bien impliqués dans sa réalisation.

Manoir Soleil est félicité pour les efforts quotidiens afin d'assurer à la clientèle et à son personnel un environnement, des services et des soins de qualité.

Dans un processus d'amélioration continue, Manoir Soleil pourrait intégrer à l'intérieur du programme d'amélioration continue de la qualité l'identification des risques. Ceux-ci sont identifiés au regard des résidents, de l'équipement, de l'information, des finances et des ressources humaines. Une fois le risque identifié, celui-ci est évalué en fonction de sa criticité. Des actions sont entreprises en prévention dans le but de l'éviter ou le minimiser.

L'organisme pourrait développer un tableau de bord qualité, sécurité et performance intégrant l'ensemble des activités de Manoir Soleil. Les thématiques visant principalement des indicateurs clientèle (satisfaction, volume d'activités, accidents-incidents), les indicateurs employés (climat de travail, accidents-incidents, formation) et indicateurs financiers.

Ce tableau servirait de suivi des activités auprès de la direction.