



AGRÉMENT CANADA



*Force motrice de la qualité des services de santé*

## Rapport d'agrément

**Manoir Soleil inc**

Chambly, QC

*Dates de la visite d'agrément : 3 au 5 juin 2015*

*Date de production du rapport : 23 juin 2015*



ACCREDITATION CANADA  
AGRÉMENT CANADA

*Driving Quality Health Services*

*Force motrice de la qualité des services de santé*

Agréé par l'ISQua

## Au sujet du rapport

Manoir Soleil inc (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en juin 2015. 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 de la présidente-directrice générale 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,



Wendy Nicklin  
Présidente-directrice générale

## Table des matières

<b>1.0 Sommaire</b>	<b>1</b>
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	3
1.4 Analyse selon les normes	4
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
<b>2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>10</b>
<b>3.0 Résultats détaillés de la visite</b>	<b>12</b>
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	13
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	13
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	15
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	16
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	18
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	20
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	21
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	22
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	23
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	24
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	25
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	26
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments</i>	26
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections</i>	28
3.2.3 <i>Ensemble de normes : Services de soins de longue durée</i>	30
<b>4.0 Résultats des outils d'évaluation</b>	<b>34</b>
4.1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	34
4.2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	36
<b>Annexe A Programme Qmentum</b>	<b>38</b>
<b>Annexe B Processus prioritaires</b>	<b>39</b>

## Section 1 Sommaire

Manoir Soleil inc (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'usager. 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.

### 1.1 Décision relative au type d'agrément

Manoir Soleil inc a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

L'organisme réussit à se conformer aux exigences de base du programme d'agrément.

## 1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 3 au 5 juin 2015**

- **Emplacement**

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

- 1 Manoir Soleil

- **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 Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership
- 2 Prévention et contrôle des infections
- 3 Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

***Normes sur l'excellence des services***

- 4 Services de soins de longue durée

- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires
- 2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

## 1.3 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.)	14	0	1	15
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	9	1	2	12
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	116	12	17	145
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	33	1	0	34
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	38	0	6	44
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	7	0	0	7
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	134	10	20	164
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	9	0	0	9
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>24</b>	<b>46</b>	<b>430</b>

## 1.4 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
Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership	35 (94,6%)	2 (5,4%)	1	57 (98,3%)	1 (1,7%)	1	92 (96,8%)	3 (3,2%)	2
Prévention et contrôle des infections	36 (80,0%)	9 (20,0%)	12	27 (90,0%)	3 (10,0%)	4	63 (84,0%)	12 (16,0%)	16
Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments	33 (97,1%)	1 (2,9%)	5	29 (100,0%)	0 (0,0%)	15	62 (98,4%)	1 (1,6%)	20
Services de soins de longue durée	37 (94,9%)	2 (5,1%)	1	88 (97,8%)	2 (2,2%)	4	125 (96,9%)	4 (3,1%)	5
<b>Total</b>	<b>141 (91,0%)</b>	<b>14 (9,0%)</b>	<b>19</b>	<b>201 (97,1%)</b>	<b>6 (2,9%)</b>	<b>24</b>	<b>342 (94,5%)</b>	<b>20 (5,5%)</b>	<b>43</b>

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

## 1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Déclaration des événements indésirables (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Abréviations dangereuses (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Sécurité liée aux narcotiques (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des patients (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (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
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Processus de retraitement (Prévention et contrôle des infections)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 1
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes</b>			
Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

## 1.6 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.

L'entreprise, fondée en mai 1983, qui était entourée par un terrain de golf, fait maintenant partie d'un nouveau quartier familial qui entoure le Manoir Soleil, ce qui rend l'établissement plus près de la communauté. Le Manoir Soleil Inc. est un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privé non-conventionné qui détient un permis du Ministère de la santé et des services sociaux et qui a une capacité d'accueil de soixante-neuf (69) résidents.

Il s'y retrouve une clientèle âgée en perte d'autonomie qui habite sur deux unités, soit une unité régulière et une unité codée pour une clientèle souffrant de déficits cognitifs ayant un comportement d'errance. Au niveau de cette clientèle, il y a trois types de programmes : des lits achetés par le CISSS, des lits de transition et dix-huit (18) lits au privé. De plus, quinze (15) résidents sont hébergés en ressources intermédiaires

Il y a au sein même de l'établissement, une garderie de type familial « Aux P'Tits Rayons » qui existe depuis 1993. Les enfants partagent les mêmes aires communes tout en ayant leur environnement spécifique. Ce concept intergénérationnel où les enfants côtoient les résidents, est très apprécié. Il a même fait l'objet d'un reportage télévisé pour l'émission Format Familial, à l'automne 2014.

Cette entreprise familiale est présentement en transition vers la deuxième génération. La fondatrice fait du mentorat au niveau de l'équipe de direction de l'organisme où l'objectif, lors de la création, était de créer un milieu familial. Lors de la visite, les visiteurs ont observé, un milieu familial où les employés sont attentionnés aux besoins des résidents. Lors de la rencontre avec la gestion, elle a mentionné que le maintien de milieu de vie familial demeure un défi dans le contexte de transformation actuelle et de l'évolution des attentes et des besoins d'une clientèle qui s'alourdit.

L'organisme est bien implanté dans son milieu depuis une trentaine d'années. L'organisme connaît très bien sa communauté et demeure à l'affût de l'évolution du contexte organisationnel qui l'entoure. L'organisme possède une habilité à créer des partenariats qui lui permet de répondre aux besoins exprimés ou identifiés. Il y a entre autres des partenariats comme milieu de stages, avec les pompiers pour le plan d'urgence et les exercices d'évacuation, avec une pharmacie communautaire pour le circuit des médicaments, avec le CISSS (Centre intégré de santé et services sociaux), avec des fournisseurs et autres partenariats.

Il y a une petite équipe articulée au niveau de la direction qui fait une gestion de proximité et qui est très accessible, tant pour les résidents et leurs familles que pour les employés.

Une Planification stratégique 2015-2018 a été faite et un plan opérationnel qui comprend les différentes activités à être réalisées. L'actualisation du plan opérationnel, le suivi des données et des différentes mesures de rendement sont suivis rigoureusement au comité de gestion. De plus, divers comités ont été créés pour s'assurer de l'évaluation des risques et de la qualité afin de bien répondre aux besoins des aînés en perte d'autonomie et leurs familles. C'est-à-dire, partir d'une culture verbale vers une culture écrite axée sur les données probantes et les bonnes pratiques.

C'est un organisme à dimension humaine où la conciliation travail/famille est présente. Le milieu de travail est apprécié des employés et lors des rencontres, les visiteurs ont été en mesure de valider l'excellent résultat du sondage Pulse sur la qualité de vie au travail. Les employés se sentent reconnus et participent activement aux travaux réalisés par l'équipe.

Le plan de formation est présent et touche différentes activités de la prestation des soins et services.

Le milieu de vie est bien établi et les employés ont une approche humaine et douce auprès des résidents qui le reconnaissent spontanément. De plus, les employés sont sensibles, au quotidien, à la sécurité du résident ainsi qu'à la réponse à leurs attentes et besoins.

Il faut souligner le travail important qu'a réalisé l'organisme dans l'élaboration de dossiers, de projets, de programme et dans la mesure de la sécurité et de la qualité depuis la dernière visite d'Agrément Canada en 2012. La démarche entreprise par tous les membres sert de modèle pour le travail qui demeure à être réalisé dans un processus continu d'amélioration de la qualité.

Un sondage a été réalisé sur la satisfaction de la clientèle avec le comité des résidents. Globalement, les résultats ont été positifs et constructifs. Un plan d'amélioration a été élaboré suite à l'analyse et trois éléments seront travaillés, soit : la connaissance de l'existence d'un comité de résident, la procédure de traitement des plaintes et le service de buanderie.

## Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique</b> L'organisme dispose d'une stratégie pour unir ses forces à celles des usagers ou résidents afin de recueillir des renseignements exacts et complets sur les médicaments des usagers ou résidents et se servir de cette information aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procèdera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes." Pour les visites d'agrèments qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR." Pour les visites d'agrèments qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership 14.8</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b> De concert avec le résident, la famille ou l'aidant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments du résident aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Services de soins de longue durée 7.8</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>	
<p><b>Processus de retraitement</b> L'organisme examine et, le cas échéant, améliore ses processus de retraitement de l'équipement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Prévention et contrôle des infections 10.9</li> </ul>
<p><b>Vaccin antipneumococcique</b> L'organisme élabore et met en oeuvre une politique et un protocole organisationnels pour l'administration du vaccin antipneumococcique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Services de soins de longue durée 10.13</li> </ul>

### Section 3 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.

Veuillez 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
<b>PRINCIPAL</b>	Test principal de conformité aux POR
<b>SECONDAIRE</b>	Test secondaire de conformité aux POR

### 3.1 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.

#### 3.1.1 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.

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

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

L'organisme poursuit sa mission depuis plus de trente ans et a su développer, au cours de ces années, de solides partenariats dans la communauté. Ce contexte favorise une planification de soins et de services qui répond aux besoins de sa clientèle.

La direction a élaboré un plan stratégique 2015-2018 avec la participation de l'équipe de gestion et à la suite d'une consultation menée auprès du personnel et des partenaires externes. La direction générale est proactive et exerce une vigie afin de connaître les besoins de la communauté dans une perspective de moyen à long terme. Le plan stratégique tient compte de ces besoins ainsi que des orientations et des priorités gouvernementales.

Dans l'élaboration de son plan stratégique, l'organisme a procédé à la révision de l'énoncé de sa mission, de sa vision ainsi que de ses valeurs. Ces travaux ont été effectués sous la supervision du conseil d'administration et avec l'implication de ses membres.

Le plan stratégique a été communiqué au personnel. La direction organise en effet, périodiquement, des rencontres structurées d'information et d'échanges avec les employés. Le plan stratégique est également accessible à tous en étant affiché sur les tableaux de communication. Il fait aussi partie de la pochette d'accueil du nouveau résident.

Les énoncés de mission et de la vision sont également largement communiqués en étant affichés dans différents endroits stratégiques.

Les objectifs stratégiques sont traduits dans un plan opérationnel plus détaillé qui est élaboré également en consultation. Des cibles annuelles sont déterminées. L'équipe de gestion peut ainsi suivre l'évolution de l'atteinte de ces objectifs tout en apportant les ajustements requis au besoin.

La direction travaille présentement à mettre en place un tableau de bord d'indicateurs de rendement et à déterminer les secteurs d'activités où elle souhaite développer ses indicateurs. L'organisme est encouragé à poursuivre ces travaux en misant notamment sur ses partenariats pour favoriser les échanges de connaissances et les façons de faire.

Les efforts déployés par la direction pour recueillir de l'information sur les besoins de la communauté et des personnes âgées en perte d'autonomie sont dignes de mention. Ces informations permettent à l'organisme d'adapter constamment son offre de soins et de services à sa clientèle.

L'organisme s'est doté d'un guide d'éthique qui énonce les droits et les responsabilités des résidents. Ce guide est largement diffusé au sein de l'établissement. Il se retrouve également à l'intérieur de la pochette d'accueil des nouveaux résidents.

### 3.1.2 Processus prioritaire : Gestion des ressources

Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation appropriées 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 direction suit un processus rigoureux pour planifier ses budgets de fonctionnement et d'immobilisation. Cette planification est arrimée avec les objectifs stratégiques et le plan opérationnel annuel.

Des rapports périodiques sont produits et des analyses trimestrielles sont effectuées. Tout cela est supporté par un logiciel. La direction fait donc régulièrement des rapports et des recommandations quant à l'allocation des ressources.

L'organisme poursuit constamment un objectif de maintien de la qualité et de la sécurité des soins et des services à ses résidents. Des réaménagements de ressources sont parfois effectués, assurant ainsi une adéquation entre l'offre de soins et de services et les besoins de la clientèle, le tout dans un souci d'accessibilité et d'efficience.

De plus, l'organisme anticipe des besoins accrus chez la clientèle au cours des prochaines années. La direction travaille donc en partenariat étroit avec d'autres établissements privés de différentes régions, afin de documenter un dossier visant à favoriser une entente nationale avec le ministère portant sur des niveaux de financement harmonisés pour les places achetées par les établissements publics.

### 3.1.3 Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

Les dirigeants de l'organisme appliquent une philosophie de gestion des ressources humaines moderne et inspirée par la croyance au potentiel de développement des employés. La direction croit fermement que son personnel constitue la ressource la plus précieuse. À cet égard, les appellations des deux ailes de l'unité de soins de longue durée sont très évocatrices en faisant référence à des pierres précieuses : "Les Topazes" et "Les Saphirs."

L'organisme fait de la qualité de vie au travail et du développement d'un milieu de travail sain une priorité stratégique. Des objectifs ont été déterminés en ce sens au nouveau plan stratégique 2015-2018.

L'un des grands défis est de diminuer le taux de roulement du personnel. Au cours des dernières années, la direction a mis en place différentes stratégies d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre. Des partenariats ont notamment été implantés avec des écoles de formation de préposés aux bénéficiaires et du programme PDSB (principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires). Les stages effectués dans le milieu de travail créent de belles occasions de recrutement. Ces stratégies portent fruit car très peu de main-d'œuvre indépendante est utilisée et ce, uniquement à titre de préposés aux bénéficiaires.

Manoir Soleil inc. présente un milieu attrayant et agréable pour y travailler. La direction et les responsables pratiquent une gestion de proximité avec leurs employés et sont ouverts à mettre en place des moyens facilitant la conciliation travail et vie personnelle. L'aménagement des horaires de travail est une belle réussite à cet égard.

Le plan annuel des ressources humaines prévoit aussi de nombreuses activités de formation et de développement dont plusieurs portent sur la sécurité des résidents (PDSB, hygiène des mains, réanimation cardio-respiratoire, plan de mesures d'urgence, programmes de prévention des chutes et autres formations).

La direction a instauré des réunions générales du personnel qui ont lieu au moins trois fois par année. Ces réunions permettent de consulter les employés, de les renseigner sur les priorités et les activités de l'établissement, d'offrir des capsules de formation sur différents thèmes et de les soutenir dans l'accomplissement de leur rôle auprès des résidents. Les ordres du jour et les comptes-rendus de ces réunions ainsi que les entrevues menées auprès de plusieurs employés témoignent de la grande pertinence des contenus qui y sont traités ainsi que de leurs impacts sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services.

L'organisme est membre d'une mutuelle de prévention en santé et sécurité du travail et possède ainsi un programme cadre en matière de prévention des accidents du travail. Une préventionniste accompagne l'établissement dans la gestion de la prévention visant à assurer un milieu de travail sécuritaire.

La direction a consolidé sa politique pour prévenir la violence dans le milieu de travail. Cette politique et les mesures qu'elle contient sont largement communiquées au sein de l'organisme.

Les responsables sont très soucieux de réorganiser le travail des équipes soignantes pour un partage équitable des tâches, tout en permettant de toujours mieux répondre aux besoins des résidents.

Le programme d'évaluation du rendement du personnel est digne de mention. Il est rigoureusement appliqué à chaque année. Au cours de la dernière année, les responsables en ont révisé les éléments et l'ont bonifié.

Le plan des ressources humaines intègre aussi des activités de reconnaissance. Des traceurs effectués ont permis de constater que la reconnaissance des employés se pratique également au quotidien, inspirée par la philosophie de gestion des dirigeants.

Les résultats du sondage Pulse confirment la qualité de la gestion des ressources humaines au Manoir Soleil; les employés ayant exprimé un taux global de satisfaction de près de quatre-vingt-dix pourcent (90 %). La direction a mis en place un plan d'amélioration sur l'unique élément affichant un niveau d'alerte jaune.

### 3.1.4 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership</b>	
<p>14.8 L'organisme dispose d'une stratégie pour unir ses forces à celles des usagers ou résidents afin de recueillir des renseignements exacts et complets sur les médicaments des usagers ou résidents et se servir de cette information aux points de transition des soins.</p> <p>NOTA : Agrément Canada procèdera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</li> <li>• Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</li> </ul> <p>14.8.3 L'organisme dispose d'un plan pour mettre en oeuvre le bilan comparatif et en assurer le maintien. Ce plan précise les services ou programmes concernés, l'emplacement et les moments où le bilan comparatif doit être établi.</p> <p>14.8.4 Le plan organisationnel est dirigé et maintenu par une équipe de coordination interdisciplinaire.</p> <p>14.8.5 Des preuves écrites démontrent que l'organisme offre de la formation au personnel et aux médecins qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments.</p> <p>14.8.6 L'organisme vérifie si le processus d'établissement du bilan comparatif est respecté, et il apporte des améliorations au besoin.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p>
<p>15.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme utilise les indicateurs de rendement dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité.</p>	

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

Les visiteurs ont pu observer les progrès réalisés par l'organisme dans l'actualisation de son programme d'amélioration continue de la qualité, depuis la visite d'agrément de 2012. Le développement du programme

de gestion des risques comprenant la mise en place et l'utilisation de rapports trimestriels ainsi que le fonctionnement du comité de gestion des risques ont grandement contribué à cette belle évolution. L'organisme gère maintenant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services de façon beaucoup plus intégrée et coordonnée. Le cycle d'amélioration continue de la qualité est palpable au sein de l'organisation, bien qu'il reste à finaliser la mesure du rendement par l'implantation d'un tableau de bord d'indicateurs.

L'organisme s'est doté d'un nouveau plan stratégique 2015-2018 qui établit des objectifs alignés sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services aux résidents. L'amélioration de la qualité et la sécurité des résidents sont bien campées dans les buts stratégiques de l'organisme. Le fait que ce plan stratégique ait été développé en consultation avec le personnel, contribue au développement d'une culture de qualité et de sécurité.

Le comité de gestion se réunit régulièrement et assure la réalisation des divers projets d'amélioration en prévoyant notamment les ressources requises.

De plus, l'organisme possède un plan de sécurité des résidents détaillé et bien articulé. Le comité de gestion en fait régulièrement le suivi. L'organisme mène, à chaque année, une analyse prospective portant sur la sécurité. Les visiteurs ont pu constater que les analyses des dernières années ont contribué à améliorer la sécurité des résidents notamment en regard du programme de prévention des chutes.

Une politique de déclaration des événements indésirables, des incidents et des accidents est en place de même qu'une politique et un processus de divulgation comprenant des mesures de soutien. Des traceurs ont permis de constater que ces politiques étaient bien appliquées. L'organisme prône une culture de "non-blâme" afin d'encourager les intervenants à déclarer les incidents et les accidents.

L'information circule facilement au sein des équipes et les responsables sont très rigoureux dans le suivi des événements ainsi que des accidents évités de justesse en faisant notamment une rétroaction à l'équipe. Les changements de quarts de travail sont privilégiés pour le transfert de ces informations.

La façon dont l'organisme utilise les rapports trimestriels est digne de mention. Ces rapports sont bien documentés en termes de statistiques, d'analyses, de mesures de suivi prises, de plans d'action et de recommandations afin d'éviter la récurrence de tels événements. Ces rapports trimestriels sont de plus affichés et facilement accessibles au personnel et bénévoles ainsi qu'aux résidents et aux familles qui peuvent s'intéresser à l'amélioration de la qualité et de la sécurité au sein de l'organisme et en suivre l'évolution.

L'organisme a élaboré et mis en place un plan d'amélioration à la suite du sondage portant sur la sécurité des résidents. Ce plan d'amélioration a été largement communiqué et les cibles sont affichées.

À l'été 2014, un vaste sondage de satisfaction de la clientèle a également été mené en collaboration avec le comité des résidents. Ce sondage portait sur plusieurs dimensions de l'offre de soins et de services aux résidents qui ont pu donner leur appréciation en regard de trente-trois (33) activités différentes. Malgré que le niveau de satisfaction exprimé soit élevé, la direction a élaboré un plan d'amélioration en regard de quelques éléments à améliorer. Ce plan d'amélioration est communiqué au sein de l'organisme.

Des entrevues menées auprès d'intervenants, ainsi qu'auprès de partenaires, ont démontré que le l'organisme supporte les responsables et les équipes dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services en allouant notamment les ressources requises.

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Petits organismes de santé extra-hospitaliers – Leadership</b>	
1.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme établit et instaure un cadre pour la prise de décisions d'ordre éthique.	<b>!</b>
1.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme offre de la formation au conseil d'administration, aux autres cadres de l'organisme, au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles sur l'utilisation du cadre d'éthique.	

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

L'organisme possède un guide d'éthique pour le résident qui énonce les droits et les responsabilités des résidents. L'organisme possède également un code d'éthique à l'usage du personnel. Il s'agit de deux documents d'importance qui existent depuis plusieurs années au sein de l'organisme et qui ont contribué à faire la promotion de valeurs et de comportements éthiques.

L'organisme est toutefois encouragé à développer un cadre de référence comprenant des outils facilitant afin de guider les gestionnaires et les employés pour solutionner les dilemmes ou les questions éthiques. Les situations susceptibles d'ouvrir sur des débats éthiques peuvent être variées compte tenu de la mission de l'organisme et de la vulnérabilité de sa clientèle. L'organisme est encouragé d'agir de façon préventive en se dotant d'un tel cadre de référence.

### 3.1.6 Processus prioritaire : Communication

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

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

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

Il est remarquable de constater l'efficacité de l'organisme à recueillir des renseignements sur la communauté, malgré sa structure administrative très légère. Les réseaux de communication, avec ses partenaires, sont également bien établis. À cet égard, la direction générale a suivi de près la transformation majeure du réseau de la santé mise en place par la Loi 10 afin d'assurer la continuité de ses liens d'affaires avec ses partenaires des établissements publics.

Au début de l'année 2015, un poste informatique a été relocalisé au poste des infirmières sur l'unité de soins. Le personnel soignant a ainsi accès aux données probantes et à l'information portant sur les meilleures pratiques.

Au cours des derniers mois, la direction a effectué des analyses portant sur différents systèmes d'information afin d'informatiser sa gestion des soins et des secteurs administratifs. L'organisme souhaite en effet optimiser l'efficacité du travail de l'ensemble des intervenants. Il souhaite aussi poursuivre la mise en place de son tableau de bord d'indicateurs de rendement, lui permettant d'assurer un meilleur suivi de l'avancée de son plan stratégique et de son programme d'amélioration continue de la qualité. La direction a fait une grande priorité de ce dossier.

Les responsables de l'organisme pratiquent une gestion de proximité. Les occasions d'échanges et de contacts avec le personnel et les bénévoles ainsi qu'avec les résidents et les familles sont nombreuses. Des bulletins, destinés aux résidents et familles ainsi qu'aux employés, sont publiés régulièrement.

Le site web de l'organisme est présentement en reconstruction majeure. Les visiteurs ont pu observer, à tous les niveaux de l'organisation, beaucoup de transparence et un souci constant pour maintenir des liens efficaces de communication avec la clientèle, le personnel et les partenaires externes.

## 3.1.7 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 faut souligner la présence d'un équipement important au niveau de la sécurité des résidents, lors de panne majeure d'électricité. L'organisme possède une génératrice qui répond sans délai et à 100% des besoins.

Les lieux sont propres et sécuritaires. L'organisme a le souci de réaliser des travaux afin d'assurer la qualité du milieu de vie et la sécurité des résidents qui y habitent ainsi que des employés qui y travaillent.

Il y a des portes codées au niveau de l'établissement ainsi qu'une unité codée.

L'organisme se soucie du développement durable et procède, entre autres, à la récupération du papier et du plastique.

Un suivi rigoureux est réalisé en regard de l'entretien préventif ainsi que des contrats de réparation par les responsables des différents secteurs concernés.

### 3.1.8 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)

Un plan de mesures d'urgence, en cas de sinistres, est en place et il est révisé chaque année. Ce plan prévoit des mesures assurant la continuité des opérations selon les situations.

L'organisme réalise, chaque année, des exercices d'évacuation avec la collaboration du service de prévention des incendies de la ville de Chambly. Ce partenariat est remarquable et ne se limite pas à réaliser des exercices d'évacuation. Une préventionniste accompagne en effet la direction de l'organisme dans la formation de son personnel aux mesures d'urgence.

Le bâtiment possède des murs coupe-feux, un système automatique de fermeture des portes et une résistance accrue des portes à la chaleur. De plus, il est doté d'un groupe électrogène ayant la capacité de fournir 100% des besoins en énergie en cas de panne électrique.

L'organisme a développé un guide simplifié de son plan de mesures d'urgence pour l'usage de son personnel. Ce guide fait partie de la pochette d'accueil des nouveaux employés.

La direction fait également des exercices de simulation avec le personnel, lors des réunions générales, qui se tiennent régulièrement.

### 3.1.9 Processus prioritaire : Cheminement des clients

Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des clients et des familles entre les services et les milieux de soins.

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

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

L'accueil des résidents au Manoir Soleil est très bien structuré. Il y a des procédures descriptives pour la préadmission, l'admission et la post-admission. Les rôles et responsabilités des intervenants pouvant faire partie de l'équipe interdisciplinaire ainsi que les différentes activités à réaliser y sont décrites.

Une pochette d'accueil comprenant de l'information est remise aux résidents et à leurs familles. Il s'y retrouve, entre autres, le Guide d'éthique du résident, de l'information sur le Comité des résidents et sur la commissaire locale à la qualité.

Des procédures en regard des transferts des résidents ont été élaborées et des outils de travail ont été créés comme une enveloppe contenant les documents nécessaires ainsi qu'un aide-mémoire afin de s'assurer que l'information chemine avec le résident.

L'organisme est encouragé à intégrer le bilan comparatif des médicaments (BCM) lors des transferts et de l'insérer dans l'aide-mémoire.

En regard des lits achetés par le CISSS, la présence d'une infirmière de liaison facilite le transfert d'information lors du cheminement du résident.

### 3.1.10 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections</b>	
10.8 L'organisme dispose d'un processus pour retracer tout l'équipement et tous les appareils et instruments médicaux retraités, de façon à ce qu'ils soient faciles à repérer en cas de panne ou de défaillance du système de retraitement.	!
10.9 L'organisme examine et, le cas échéant, améliore ses processus de retraitement de l'équipement. 10.9.1 Des preuves démontrent que les mécanismes et les processus de retraitement sont efficaces. 10.9.2 Des mesures ont été prises pour examiner et améliorer les processus de retraitement, dans les cas où cela était indiqué.	 <b>PRINCIPAL</b>  <b>SECONDAIRE</b>
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Il existe un Plan d'achat d'équipement couvrant plusieurs années. Ce plan est flexible et permet de prioriser l'achat d'équipement suite aux bris ou aux nouveaux besoins identifiés pour la qualité de vie et la sécurité des résidents.

Les critères principaux touchant le choix des nouveaux équipements et appareils médicaux, sont peu nombreux: la sécurité et l'utilité. Les discussions et les analyses ont lieu au comité de gestion et des décisions y sont prises.

La formation est offerte par les fournisseurs et parfois certains partenaires. Par exemple, un inhalothérapeute du CISSS fera une formation sur un équipement respiratoire.

Il existe un entretien préventif qui est intégré avec les autres secteurs de l'organisme. Un suivi rigoureux est réalisé par la responsable aux soins infirmiers et un rapport annuel est déposé au comité de gestion.

L'organisme utilise la documentation du fournisseur quant aux instructions de nettoyage des équipements. À cet égard, l'organisme est encouragé à regrouper la documentation, à lui donner une forme commune et à l'intégrer dans un volet du Programme de prévention.

### 3.2 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 - Gestion des médicaments

- Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

#### Direction 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

- Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.

#### Aide à la décision

- Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique.

#### Impact sur les résultats

- Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.

#### 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.

#### 3.2.1 Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments	
19.1 L'organisme dispose de lignes directrices précises concernant les médicaments qui traitent de la surveillance des usagers ou des résidents.	!

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

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

Il y a une grande pharmacovigilance tant à l'intérieur de l'organisme qu'au niveau de la pharmacie communautaire qui les dessert tous les jours de la semaine. La grande disponibilité au niveau de la livraison ainsi que celle de la pharmacienne est un élément à souligner au niveau de la sécurité, tout le long du circuit du médicament. La pharmacienne est aussi très disponible pour répondre aux questionnements relatifs à la médication.

La pharmacie communautaire, qui utilise un logiciel reconnu au niveau de la sécurité des médicaments, est aussi flexible quant à l'information pouvant s'ajouter sur le FADM (feuille d'administration des médicaments) afin d'augmenter la sécurité lors de la distribution.

Lors de la réalisation du traceur en regard des erreurs de médicament et de celui de la double identification, les professionnels rencontrés connaissent très bien leurs rôles, leurs responsabilités ainsi que la démarche à entreprendre.

Il y a des politiques et procédures au niveau du Bilan comparatif des médicaments (admission et transfert) ainsi qu'un plan d'action en regard de son implantation avec un échéancier à l'automne 2015. Une démarche est cependant réalisée par la directrice des soins infirmiers et la pharmacie afin de s'assurer d'avoir la même médication. L'organisme est encouragé à procéder à l'actualisation de son plan d'action et à créer un partenariat avec la pharmacie communautaire et une autre pharmacie qui a de l'expérience en regard de cette pratique organisationnelle.

Le partenariat avec la pharmacie communautaire lui permet d'avoir accès aux données probantes ainsi qu'à leurs mises à jour. Malheureusement, il n'y a pas de lignes directrices en regard de la surveillance des résidents quant aux médicaments pris. L'organisme est encouragé à établir des lignes directrices à cet effet et à les diffuser.

La documentation en regard des éléments du circuit du médicament se retrouve à différents endroits accessibles cependant aux employés, ainsi que sur différentes formes. L'organisme est encouragé à regrouper la documentation à l'intérieur d'un même programme qui intégrerait tous les éléments d'un circuit du médicament. L'organisme pourrait profiter de l'exercice qu'elle doit faire avec la pharmacie communautaire au niveau du BCM et de profiter de l'expérience d'un partenaire qui a déjà travaillé à l'élaboration d'un circuit du médicament.

## 3.2.2 Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
1.1 L'organisme vérifie régulièrement les éléments de la prévention et du contrôle des infections qui sont intégrés au programme en se fondant sur l'évaluation des risques et les priorités organisationnelles.	!
2.2 L'organisme compte un ou plusieurs professionnels qualifiés en prévention et en contrôle des infections au sein de l'équipe de prévention et de contrôle des infections.	
2.4 L'organisme dispose d'un comité interdisciplinaire qui offre des Conseils sur le programme de prévention et de contrôle des infections.	
2.5 Le comité interdisciplinaire évalue régulièrement la structure et le fonctionnement du programme de prévention et de contrôle des infections et y apporte des améliorations, au besoin.	
4.1 L'organisme effectue une évaluation des risques afin de cerner les activités à risques élevés, puis les prend en considération dans le cadre de politiques et de procédures.	!
4.3 L'organisme dispose de politiques et de procédures sur le recours à des techniques aseptiques pour la préparation, la manipulation et l'administration de substances stériles tant dans les lieux de préparation qu'aux points de service.	!
4.8 L'organisme effectue régulièrement la mise à jour des politiques et des procédures de prévention et de contrôle des infections en fonction des modifications apportées aux règlements, aux données probantes et aux meilleures pratiques applicables.	!
7.6 L'organisme dispose de politiques et de procédures afin de s'assurer que, au point de service, les objets pointus ou tranchants sont jetés dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
9.1 L'organisme classe les zones de l'environnement physique en fonction du risque d'infection pour déterminer la fréquence de nettoyage requise, le degré de désinfection, de même que le nombre de membres du personnel requis pour les services de gestion de l'environnement.	!
13.4 Les politiques et les procédures de l'organisme portent sur la façon de gérer les micro-organismes qui sont émergents, rares ou problématiques, y compris les micro-organismes résistants aux antibiotiques.	!
14.1 L'organisme dispose d'un plan d'amélioration de la qualité pour le programme de prévention et de contrôle des infections.	!

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

### Processus prioritaire : Prévention des infections

Il y a un cartable au niveau de la prévention des infections qui comprend une politique et procédure au niveau de la prévention des infections, plusieurs procédures et affiches sous différentes formes ainsi que de la documentation récente. Lors des rencontres avec les employés, ils ont mentionné recevoir de la formation et de l'information quant à la prévention des infections, dont l'hygiène des mains. D'ailleurs, l'organisme a vécu récemment une épidémie importante de gastro-entérite et a réussi à contenir le nombre de cas en 48 heures avec l'aide de tous les employés. Lors de cet épisode, la direction des soins infirmiers était en contact quotidien avec la santé publique.

L'organisme est encouragé à élaborer un plan d'amélioration qui comprendra l'intégration des éléments du programme de prévention sous une même forme. De plus, l'organisme pourrait établir un partenariat avec le CISSS afin qu'il soit accompagné tout au long de ce processus et avoir accès aux données probantes, aux bonnes pratiques ainsi qu'à leurs mises à jour.

La prévention des infections est une priorité organisationnelle en regard de la gestion des risques et du suivi réalisé par le comité de gestion. Cependant, il n'y a pas d'évaluation des risques qui permettent de vérifier les éléments intégrés à la prévention des infections. L'organisme est encouragé à faire l'évaluation des risques et à intégrer ces éléments au programme de prévention des infections.

L'organisme a une petite équipe qui est dédiée à la prestation de soins et services aux résidents et il n'y a pas de professionnels, autres que pour les soins infirmiers. Le comité de prévention des infections est donc composé que d'employés qui travaillent dans ce secteur. Il faut souligner l'initiative du comité qui a établi, au niveau de l'hygiène des mains, des activités mensuelles que les membres réalisent auprès des résidents, de leurs familles ainsi qu'auprès des employés.

L'organisme adopte une approche multifacette pour améliorer la conformité aux pratiques de base et aux précautions additionnelles liées à la prévention et au contrôle des infections. Il affiche, entre autres, des aide-mémoire dans tout l'établissement, offre des séances de formation interactives, mène des campagnes de sensibilisation. Procède au suivi des infections nosocomiales, à des audits et aux mesures correctives appropriées. L'information est transmise au comité de gestion ainsi qu'aux employés par la suite.

L'organisme a une petite équipe de direction et la directrice des soins infirmiers, qui est responsable de la prévention des infections, est toujours consultée lors de travaux ou de particularité liée à la prévention des infections. D'ailleurs, elle peut être rejointe en tout temps et elle assure le suivi ou la recherche l'information demandée.

L'organisme est encouragé, lors de la révision du programme de prévention des infections, à procéder à l'évaluation des risques afin de cerner les activités à risques élevés, à définir les zones grises et à élaborer une procédure liée au « High touch/Low touch ».

3.2.3 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
10.13 L'organisme élabore et met en oeuvre une politique et un protocole organisationnels pour l'administration du vaccin antipneumococcique.	
10.13.1 L'organisme dispose d'une politique et d'un protocole pour l'administration du vaccin antipneumococcique.	PRINCIPAL
10.13.2 La politique et le protocole comprennent l'identification des populations à risque d'avoir des complications résultant d'une maladie pneumococcique.	PRINCIPAL
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
6.4 Les résidents, ainsi que leurs familles, peuvent accéder aux services essentiels jour et nuit, sept jours sur sept.	
7.8 De concert avec le résident, la famille ou l'aidant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments du résident aux points de transition des soins.	
7.8.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec le résident, la famille, les prestataires de soins et les aidants (selon le cas), et le consigne.	PRINCIPAL
7.8.2 L'équipe compare le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) avec les ordonnances de médicaments rédigées à l'admission, et décèle, règle et consigne tout écart entre les sources d'information.	PRINCIPAL
7.8.3 L'équipe utilise les ordonnances établies à l'admission à l'aide du bilan comparatif des médicaments pour produire une liste de médicaments à jour qui est versée dans le dossier du résident.	PRINCIPAL
7.8.4 Au moment de la réadmission après un séjour dans un autre milieu de soins (p. ex., en soins de courte durée) ou avant la réadmission, l'équipe compare les ordonnances de médicaments rédigées au congé à la liste des médicaments à jour; elle décèle, règle et consigne tout écart entre les deux.	PRINCIPAL

7.8.5	L'équipe remet au résident et au prochain prestataire de soins (p. ex., un autre établissement de soins de longue durée ou un prestataire de soins dans la communauté), selon le cas, la liste complète des médicaments que le résident prenait à sa sortie du milieu de soins de longue durée.	PRINCIPAL
8.9	L'équipe suit le processus de l'organisme pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	!
12.2	L'équipe dispose d'un processus qui lui permet d'accéder aux médicaments et à l'information relative aux médicaments 24 heures par jour, 7 jours par semaine.	
12.6	L'équipe dispose d'un processus pour effectuer un examen interdisciplinaire normalisé et régulier des médicaments du résident et apporte les ajustements nécessaires.	!

### 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

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

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

#### Processus prioritaire : Direction clinique

L'organisme connaît très bien sa communauté et demeure à l'affût de l'évolution du contexte organisationnel qui l'entoure. L'organisme possède une habilité à créer des partenariats qui lui permettent de répondre aux besoins exprimés ou identifiés.

L'organisme a procédé à un sondage et à plusieurs audits auprès de ses employés. Il faut souligner la gestion de proximité, exercée par les membres du comité de direction, et leurs disponibilités auprès des employés. Ces derniers l'ont reconnu spontanément lors des rencontres pour la réalisation des traceurs.

L'organisme a procédé, avec le comité des résidents, à l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité. Il faut aussi souligner la grande disponibilité des membres du comité de direction auprès des résidents et de leurs familles.

## Processus prioritaire : Compétences

L'organisme a procédé à l'élaboration de plusieurs PII suite à la visite ministérielle en janvier 2014. À cet égard, l'organisme peut avoir accès à des professionnels de la réadaptation pour assurer la prestation de services et participer aux rencontres interdisciplinaires pour le programme de lits achetés par le CISSS. Pour les autres résidents, une très grande contrainte a été observée car il n'y a pas de professionnels de la réadaptation au niveau de l'organisme. L'organisme est encouragé à continuer ses efforts afin de développer des stratégies qui permettent de travailler en interdisciplinarité.

Un plan de formation touchant divers aspects de la prestation de soins et services est présent. Les employés ont mentionné, lors des rencontres avec les visiteurs, qu'ils sont satisfaits des formations reçues qu'ils se sentent reconnus et qu'ils participent aux discussions.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Il faut souligner le travail réalisé pour l'élaboration et l'actualisation du programme de chutes. Il y a des protocoles, un document en regard de la stratégie des chutes, des aide-mémoires, une analyse prospective détaillée et descriptive avec un plan d'action, des statistiques et des audits de bonnes pratiques post-chute.

Lors de l'activité du traceur lié aux chutes, les employés connaissent leurs rôles et responsabilités et des disent informés. La consultation des dossiers de résidents a permis de valider le processus et l'utilisation de formulaires ainsi que les notes par les professionnels. Une démarche est entreprise pour ajouter l'évaluation des signes neurologiques qui sera intégrée suite à une formation qui devrait avoir lieu dans un avenir rapproché. L'exercice réalisé représente un modèle que l'organisme devrait utiliser lors de l'élaboration de programme ou lors de la mise à jour.

L'organisme possède différents programmes dont le plus récent touche les soins de fin de vie. La qualité de la documentation et de la présentation se réfère à celle utilisée pour les chutes.

Lors de la réalisation du traceur lié aux contentions les visiteurs ont été en mesure de valider la qualité tant au niveau de la documentation que de l'intervention et de la tenue de dossier. Il y a des grilles d'observations, les notes au dossier et le formulaire de consentement qui est révisé aux trois mois. Comme pour les chutes, des outils de communication ont été élaborés pour que les membres de l'équipe soient informés. Des mesures alternatives de contrôle comme l'utilisation de système Tabs sont prévues dans la planification des achats d'équipements et sont utilisées.

Au niveau de la gestion de la douleur, il y a de la documentation issue d'une autre organisation. L'organisme est encouragé à procéder à la révision du programme et à adopter le modèle (façon de faire) qu'ils ont utilisé dans les programmes de chutes et de fin de vie.

Il y a des politiques et procédures au niveau du bilan comparatif des médicaments (admission et transfert) ainsi qu'un plan d'action en regard de son implantation avec un échéancier à l'automne 2015. Une démarche est cependant réalisée par la directrice des soins infirmiers et la pharmacie afin de s'assurer d'avoir la même médication. L'organisme est encouragé à procéder à l'actualisation de son plan d'action et à créer un partenariat avec la pharmacie communautaire et une autre pharmacie qui a de l'expérience en regard de cette pratique organisationnelle.

Les plans de travail ainsi que différents outils et/ou formulaire sont révisés par l'équipe tous les trois mois. Les PTI, les échelles de Braden sont élaborées et révisées.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Présentement, l'organisme est peu informatisé. Un projet est en cours afin d'identifier et d'implanter un système complet de gestion et d'informatisation des soins. De plus, le cartable de technique de soins infirmiers doit être mis à jour. L'organisme est encouragé à faire aussi des démarches en regard des techniques de soins informatisés, ce qui lui permettrait de s'assurer que les techniques sont à jour et issues de données probantes.

L'organisme procède à la recherche de données probantes et de bonnes pratiques dans l'élaboration des programmes, de politiques et procédures et d'aide-mémoire. L'organisme est encouragé à continuer à mettre les références et à dater les documents qui y sont élaborés.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Il y a présence de personnel infirmier (infirmières autorisées ou infirmières auxiliaires) sur tous les quarts de travail, les infirmiers(ères) autorisés(es) couvrent un minimum d'un quart de travail sur le 24 heures et tous les autres quarts de travail on y retrouve des infirmiers(ères) auxiliaires. L'organisme est à débiter l'élaboration d'un plan d'action visant à répondre à l'orientation ministérielle d'avoir une présence d'infirmière autorisée constante.

L'organisme utilise le journal local afin d'informer les résidents et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité. L'organisme est encouragé à développer un feuillet qu'elle pourrait intégrer à la pochette d'accueil et éventuellement au site Web afin que l'information demeure accessible.

L'organisme a un comité de gestion très actif et structuré qui lui permet de faire le suivi, entre autres, des différents indicateurs, des rapports trimestriels, des audits, des sondages, des analyses prospectives et des plans d'amélioration.

## Section 4 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.

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

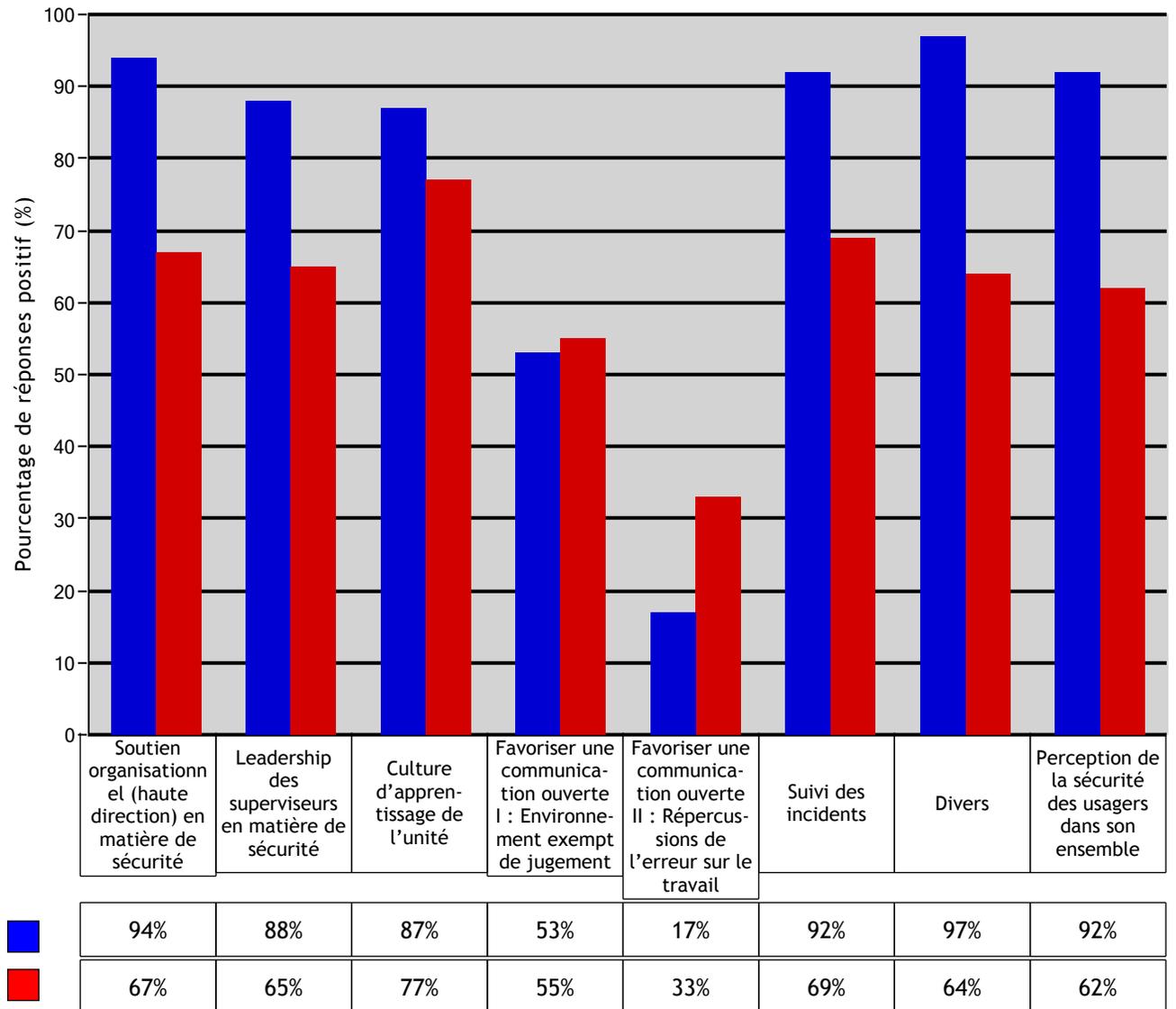
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 janvier 2015 au 13 février 2015
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 28
- Nombre de réponses : 31

## 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

- Manoir Soleil inc
- \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2014 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## 4.2 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

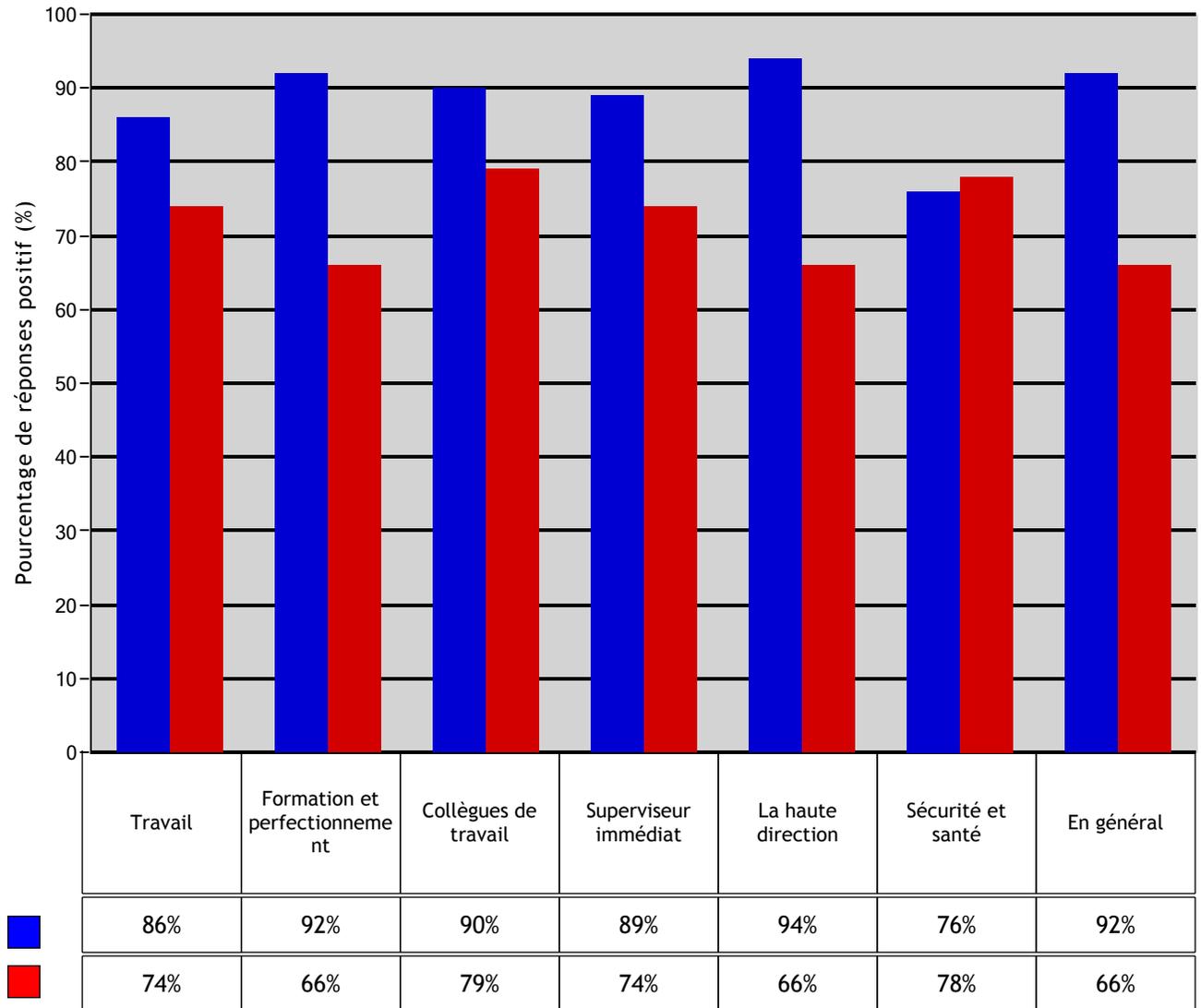
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 janvier 2015 au 13 février 2015
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 37
- Nombre de réponses : 39

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



### Légende

- Manoir Soleil inc
- \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2014 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Annexe A Programme Qmentum

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

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 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 clients 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 partenaires de l'externe.
Environnement physique	Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.
Équipement et appareils médicaux	Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation appropriées 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.

Processus prioritaire	Description
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	Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique.
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.
Direction clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Don d'organes (donneur vivant)	Offrir des services de don d'organes provenant de donneurs vivants, par exemple, en appuyant les donneurs potentiels dans une prise de décisions éclairée, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur et en réalisant des procédures liées aux dons d'organes.
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes aux donneurs décédés et à leurs familles, ce qui englobe l'identification des donneurs potentiels, la communication avec les familles et le prélèvement des organes.
Épisode de soins	Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.
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	Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.

Processus prioritaire	Description
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.
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, à partir de l'évaluation initiale des receveurs potentiels jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.