



**ACCREDITATION**  
**AGRÉMENT**  
**CANADA**

# **Rapport d'agrément**

Programme Qmentum<sup>MD</sup>  
Soins de longue durée

**La Maison Legault**

Rapport publié : 18/12/2023

# Table des matières

<b>À propos d’Agrément Canada</b>	3
<b>À propos du rapport d’agrément</b>	3
<b>Confidentialité</b>	3
<b>Sommaire</b>	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
<b>Aperçu du programme</b>	8
<b>Statut d’agrément</b>	9
Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément	9
<b>Pratiques organisationnelles requises</b>	10
<b>Résultats de l’évaluation divisés par chapitre</b>	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	20
Expérience de soins des résidents	22
<b>Aperçu de l’amélioration continue de la qualité</b>	24

## 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<sup>MD</sup> 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 soumise à des évaluations, dont une visite d'agrément du 20/11/2023 à 22/11/2023.

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](mailto:publications@healthstandards.org).

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

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

# Sommaire

## À propos de l'organisation

La Maison Legault est un CHSLD privé, non conventionné, situé dans le secteur Sillery de la ville de Québec. Cet établissement accueille des personnes âgées dont la condition demande une surveillance constante, des soins spécifiques et dont le maintien à domicile n'est plus possible. Les équipes assurent le suivi clinique par des soins infirmiers 24/7 et des soins d'assistance en tout temps, un suivi médical régulier, un service pharmaceutique qui inclut la gestion des médicaments. Des activités d'animation et de loisirs sont aussi dispensées. La demande d'admission se fait directement à l'établissement.

La Maison Legault, entreprise familiale qui a été fondée il y a trente-trois ans, dispose de 20 lits d'hébergement permanents répartis sur trois étages, tous en chambres privées. Au moment de la visite, 18 chambres étaient occupées. Une trentaine d'employés œuvrent au quotidien auprès de la clientèle pour répondre aux besoins de chacun avec bienveillance. La Maison est située sur le territoire du CIUSSS de La Capitale Nationale. Les résidents qui y sont admis sont atteints de différentes incapacités liées soit à une perte d'autonomie physique ou cognitive, ou encore pour recevoir des soins palliatifs.

L'organisation est sous la gouverne de deux propriétaires, soit la présidente-directrice générale, Mme Françoise Legault et sa fille, Mme Nathalie Tremblay, qui s'est jointe à l'établissement en 2008. En sa qualité de directrice générale, c'est cette dernière qui s'assure que l'équipe œuvre en toute cohérence avec les valeurs de La Maison, en priorisant le bien-être et la sécurité des résidents. Elle maintient des liens étroits avec la présidente-directrice générale et l'informe des activités de La Maison.

La structure organisationnelle permet une grande agilité pour actualiser rapidement les décisions qui émanent de la direction. La directrice générale, en collaboration avec la directrice des soins infirmiers, démontre un leadership bienveillant et rigoureux. De nombreux exemples témoignent du fait que l'équipe est fortement engagée dans la recherche constante de la qualité et de la sécurité. Un climat de confiance règne dans La Maison, ce qui permet de faire évoluer l'organisation efficacement vers l'atteinte des priorités et des objectifs organisationnels.

Une équipe de six infirmiers, presque en totalité infirmiers cliniciens, effectue des quarts de travail de douze heures, sur un horaire de trois jours par semaine, sous la responsabilité de la directrice des soins infirmiers. Aucun temps supplémentaire obligatoire (TSO n'est répertorié. Le temps supplémentaire est exceptionnel et le cas échéant, volontaire. Les équipes sont d'une grande stabilité. Une éducatrice spécialisée est présente en tout temps. Des préposés aux bénéficiaires complètent l'équipe clinique. Une personne dédiée à l'entretien ménager sur les trois quarts de travail accomplit une tâche impeccable, la propreté des lieux étant tout simplement irréprochable. L'entretien du bâtiment est aussi digne de mention. La rétention de l'ensemble des catégories d'emploi est une force à La Maison Legault, le personnel y œuvrant est heureux de faire partie de cette belle équipe.

La Maison Legault est affiliée au GMF-U Laurier. Cette association lui permet de bénéficier d'un accès à des services médicaux et pharmaceutiques en temps opportun, pour tous les résidents. D'une part, de nombreux résidents en médecine de famille effectuent des stages à La Maison, ce qui est un gage pour l'instauration des pratiques gériatriques médicales des plus contemporaines. D'autre part, la contribution du pharmacien, fortement pertinente, est très active dans la pharmacovigilance des résidents, la déprescription médicamenteuse et les conseils professionnels inhérents à chaque résident. À celui-ci, s'ajoute la contribution d'un deuxième pharmacien d'officine qui soutient aussi les meilleures pratiques et fournit la médication appropriée aux résidents.

Finalement, soulignons que le CHSLD La Maison Legault amorcera un virage important dans les prochains mois, soit celui de se conformer aux nouvelles directives du ministère de la Santé et des Services sociaux, par le conventionnement de l'établissement. Les démarches sont prévues être complétées en 2025. Les prochaines années seront par conséquent chargées de défis afin d'arrimer les opérations de ce centre caractérisées par une approche personnalisée de milieu de vie familial, dans une perspective de conventionnement. Des préoccupations à cet effet sont bien présentes à la direction de l'établissement. Celle-ci démontre la ferme volonté de maintenir les plus hauts standards de qualité qu'elle a déployés depuis de nombreuses années au bénéfice de la clientèle et des proches aidants qu'elle dessert. Elle souhaite aussi assurer le maintien de l'actuel climat de travail et l'excellente rétention des employés auxquels elle tient beaucoup.

## **Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs**

Les activités dirigées par l'équipe La Maison Legault témoignent d'une saine gouvernance et d'une gestion centrée sur la qualité et la sécurité des résidents. Une grande préoccupation à l'égard de la bientraitance des résidents est omniprésente dans La Maison.

Au chapitre de l'excellence des services, notons tous les efforts qui ont été consentis pour s'assurer d'une main-d'œuvre compétente et fiable dans l'exercice de ses fonctions. Que ce soit par des formations, le processus de l'appréciation de la contribution, les activités et les gestes de reconnaissance envers le personnel, le soutien clinique, la gestion rigoureuse des membres de l'équipe, les principaux éléments sont en place pour favoriser l'excellence des soins.

En ce qui concerne la préparation aux mesures d'urgence, plusieurs travaux facilitant l'approche ont été réalisés. Nous encourageons l'établissement à aller plus loin en effectuant, notamment, des exercices pratiques sur les différents codes et en analysant par la suite les résultats en vue d'y apporter des améliorations, comme c'est le cas pour les exercices incendie. Le résultat de ces exercices doit aussi être partagé aux partenaires externes concernés, en plus des gens de l'interne.

À la Maison Legault, il a été constaté que les équipes soignantes démontrent de la bienveillance et du respect dans l'approche prodiguée aux résidents, de même qu'une gestion sécuritaire de soins et des services dans les pratiques. Dans La Maison, c'est l'approche définie sous le terme CAP (Concept Assistance Personnelle) qui est implantée.

Plusieurs politiques, procédures et protocoles encadrent les pratiques et sont mis en œuvre. Notons entre autres la prévention et le contrôle des infections, la gestion des médicaments et la gestion des risques. La présence de l'équipe interdisciplinaire et son implication dans la trajectoire démontrent une préoccupation d'offre de soins appropriée aux besoins des résidents.

L'environnement physique de La Maison Legault est de facture agréable, doté d'espaces qui facilitent le déplacement des résidents en toute sécurité. Des corridors non encombrés qui répondent aux normes de sécurité sont accessibles. Le milieu est accueillant, très propre et bien entretenu, lumineux et témoigne d'une grande vigilance pour le maintien de la qualité du bâtiment.

## **Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence**

### **Domaines d'excellence :**

- Gestion de proximité agile, rigoureuse et efficace
- Personnel mobilisé, engagé et respectueux des besoins des résidents
- Haut taux de rétention du personnel
- Équipes stables et climat de travail sain
- Partenariat étroit avec le GMF-U Laurier pour le suivi de la clientèle et l'enseignement médical
- Contribution active des pharmaciens du GMF-U et communautaire pour la bonne gestion du circuit du médicament
- Entretien du bâtiment et propreté remarquable

### **Principales opportunités d'amélioration :**

- Poursuivre les démarches de conventionnement avec le ministère, tout en préservant les hauts standards de qualité
- Établir un calendrier pour réaliser des audits, notamment pour la tenue de dossier
- Intensifier la culture de la mesure
- Réviser le concept de planification et préparation aux différentes mesures d'urgence
- Se conformer aux pratiques organisationnelles requises

## Aperçu du programme

Le programme Qmentum<sup>MD</sup>-- Soins de longue durée, adapté à l'aide du programme Qmentum<sup>MD</sup> 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<sup>MD</sup>-- 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 <sup>1</sup> (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.

<sup>1</sup> 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 La Maison Legault est :

**Agréé avec mention**

*L'organisation a dépassé les 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 <sup>2</sup> et des attestations <sup>3</sup> seront effectuées à toutes les installations de l'organisation, le cas échéant.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 <sup>4</sup> évaluées lors la visite sur place de l'organisation.

<sup>4</sup> 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
La Maison Legault	✓

## 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	Divulgarion des incidents liés à la sécurité des usagers	5 / 6	83.3%
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	2 / 3	66.7%
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%

<b>Chapitre</b>	<b>Pratique organisationnelle requise</b>	<b>Nombre de critères conformes du test de conformité</b>	<b>Pourcentage de critères conformes du test de conformité</b>
Gestion des médicaments	Sécurité liée aux narcotiques	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	4 / 4	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des chutes et réduction des blessures	6 / 6	100.0%
Expérience de soins des résidents	Soins de la peau et des plaies	8 / 8	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des plaies de pression	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention du suicide	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Identification des usagers	1 / 1	100.0%
Expérience de soins des résidents	Transfert de l'information aux points de transition des soins	4 / 5	80.0%
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: 96.7% des critères sont conformes

3.3% 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 :

La mission, la vision et les valeurs de La Maison Legault sont communiquées aux équipes, aux résidents, aux familles et aux proches aidants, ainsi qu'à la communauté, par différents mécanismes. En conséquence, la réalisation des activités quotidiennes, de même que la détermination des buts et des objectifs le sont dans une perspective de logique organisationnelle. D'excellents liens de partenariats renforcent la capacité d'agir de l'entreprise, particulièrement avec le GMF-U Laurier, ce qui aide à fournir et coordonner efficacement les services. De nombreux efforts sont aussi consacrés au maintien des activités du comité des résidents et ces derniers sont reconnaissants de la communication transparente et fluide de l'organisation, du soutien offert et des mesures en place pour favoriser la stabilité du personnel.

L'environnement physique est sécuritaire pour les équipes et les résidents. Des plans d'entretien, de modernisation et de remplacement des équipements et des appareils sont en place. Des systèmes d'appoints pour pallier aux pannes de services publics, par exemple en ce qui concerne l'électricité, le chauffage, l'eau potable ou le service téléphonique, sont présents.

Un milieu de travail sain et sécuritaire est une préoccupation bien présente au sein de l'organisation. Soulignons l'attention qui a été portée au processus de prévention de la violence en milieu de travail. La formalisation, l'appropriation et la mise en application de la politique III — 2.3.11 à ce sujet témoigne de la conformité de cette pratique organisationnelle requise (POR).

Les équipes ont accès à de l'information sur les meilleures pratiques pour œuvrer à partir de lignes directrices, basées sur des données probantes. Le soutien clinique de la Directrice des soins infirmiers est digne de mention. Des plans pour la sécurité des résidents sont appliqués, veillant à atteindre les standards attendus. Il en est de même pour la POR relative à la formation annuelle sur la sécurité des résidents. Néanmoins, nous invitons l'organisation à rassembler les formations offertes dans le cadre d'un programme structuré. Précisons aussi qu'une stratégie visant à prévenir et contrer la maltraitance à l'endroit des résidents est en œuvre.

Le mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des résidents est en place. Les concepts de déclaration, analyse, recommandations et suivis sont ancrés dans les mœurs. L'entièreté de l'approche est consignée dans le document III 1.3.1.1 A et B, la consultation des dossiers des résidents et les personnes questionnées sur cet aspect témoignent de la conformité de cette POR.

L'autre pratique organisationnelle requise, en lien avec le processus de divulgation, n'est malheureusement pas rencontrée. En effet, l'équipe visiteuse, bien qu'elle confirme que la politique est formalisée et mise en œuvre, invite les équipes à obtenir la rétroaction des résidents, des familles ou des proches aidants au sujet de leur expérience liée à la divulgation, et la consigner au dossier. Ces informations doivent permettre d'améliorer le processus de divulgation.

Finalement, nous encourageons aussi l'organisation à se doter d'un plan global d'amélioration de la qualité, qui tient compte, entre autres, de l'expérience des résidents, des analyses d'événements, des rétroactions et des sondages, des travaux des différents comités de La Maison, des visites d'appréciation du milieu et des projets organisationnels. Le plan doit être élaboré en fonction des objectifs prioritaires de l'organisation. Celui-ci doit comprendre pour chaque objectif d'amélioration, les actions, le responsable de chacune de celles-ci, les échéanciers et les indicateurs pour mesurer et assurer le suivi des actions.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.2.18	Divulgation des incidents liés à la sécurité des usagers  1.2.18.6 De la rétroaction est demandée aux résidents, aux familles ou aux proches aidants et aux membres de l'équipe au sujet de leur expérience liée à la divulgation; cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation, au besoin.	POR
1.2.20	Un plan d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en œuvre.	Priorité élevée

## Modèles de prestation de soins

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

### Évaluation du chapitre: 82.6% des critères sont conformes

17.4% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 4 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### Résultats de l'évaluation :

L'organisation s'est assurée que des profils de poste précisant les rôles et les responsabilités de chacun sont à jour et connus, en tenant compte des points relatifs à la sécurité pour chaque descriptif. Les qualifications, attestations et compétences sont vérifiées, documentées et à jour pour le personnel clinique (infirmier, infirmier auxiliaire et technicien en éducation spécialisée). Cependant, nous invitons l'organisation à obtenir les attestations pour les préposés aux bénéficiaires et, pour ceux qui sont en formation en vue d'obtenir leur diplôme, à assurer une vigie de l'évolution des apprentissages. Le cas échéant, l'équipe devra déposer les attestations au dossier des employés lorsqu'ils seront obtenus.

Une offre de formation diversifiée est accessible. Certaines formations sont obligatoires et la direction s'assure de donner les moyens au personnel pour faciliter et rendre accessibles ces apprentissages. Des formations et des lectures obligatoires lors de l'orientation et l'intégration des nouveaux employés sont des requis pour débiter. Ceci inclut de la formation sur l'utilisation sécuritaire des équipements, de la formation sur les règlements relatifs à la santé et la sécurité au travail ou sur la façon de déceler et gérer les risques liés à la sécurité des résidents.

Le processus d'évaluation de rendement est aussi une pratique maîtrisée et constructive. Des activités de reconnaissance pour souligner le travail accompli par les équipes sont réalisées plusieurs fois par année. Des gestes quotidiens de reconnaissance sont témoignés de la part des leaders de l'organisation, ce qui est fort apprécié des employés. Le climat de travail est sain et sécuritaire.

Les dossiers des résidents sont complets et à jour. Les informations qui y sont consignées sont documentées en partenariat avec le résident, sa famille ou les proches aidants. Des pratiques d'évaluation de la tenue de dossier qui permettraient d'examiner la justesse et l'efficacité des pratiques doivent être mises en place afin d'assurer une culture d'amélioration continue à l'égard des bonnes pratiques.

Finalement, mentionnons que les gestionnaires de La Maison Legault reconnaissent l'importance de la Télésanté pour augmenter l'accessibilité aux soins et services offerts, notamment pour les consultations médicales, les échanges cliniques entre professionnels ou les rencontres interdisciplinaires au moyen de plateformes technologiques qui facilitent la présence des familles ou des représentants des résidents. Nous félicitons l'équipe pour cette volonté et invitons l'organisation à encadrer ce mécanisme qui est devenu un incontournable pour soutenir une approche clinique complète, contemporaine et accessible.

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

<b>Numéro du critère</b>	<b>Description du critère</b>	<b>Type de critère</b>
2.1.17	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	Priorité élevée
2.2.2	L'organisme collabore avec les résidents, au besoin, pour élaborer un mécanisme visant à prévenir une atteinte à la sécurité des résidents lorsque ceux-ci reçoivent des services de télésanté.	Priorité élevée
2.2.3	L'organisme obtient et documente le consentement éclairé du résident avant de lui fournir des services de télésanté.	Priorité élevée
2.2.5	L'organisme a conclu un accord écrit avec le prestataire de service qui fournit des services de télésanté et l'établissement de soins directs aux résidents qui reçoit des services de télésanté.	Priorité normale

## Gestion des situations d'urgence et des catastrophes

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

### Évaluation du chapitre: 76.5% des critères sont conformes

23.5% 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 :

L'organisation s'est assurée de se doter d'un plan de mesures d'urgence, qui convient à la réalité de l'établissement. De l'information est affichée dans La Maison sur les différents types de mesures d'urgence qui pourraient survenir et sur les mesures à prendre le cas échéant. Des liens ont été établis avec la communauté afin d'assurer une intervention cohérente et coordonnée à la suite d'un événement.

Lorsque des alertes incendies surviennent, l'établissement fait l'analyse de l'événement et effectue un suivi des résultats d'une manière personnalisée, appropriée et pertinente pour les intervenants. Nous invitons la direction à communiquer aussi ces informations aux partenaires externes concernés.

Par ailleurs, l'établissement est encouragé à effectuer des exercices pratiques adaptés sur les divers codes (en sus de celui des incendies), évaluer les résultats, procéder à un débriefing et émettre des recommandations en vue d'apporter des améliorations. Ces exercices devront être planifiés et consignés, ce qui permettra à l'organisation d'évaluer la capacité de répondre aux urgences.

Un plan de continuité des activités est prévu et le CIUSSS de La Capitale Nationale a signifié sa responsabilité de prise en charge totale des résidents, advenant un besoin de relocalisation. De plus, l'organisation a prévu la gestion des obstacles potentiels qui pourraient empêcher le personnel de se présenter au travail si la situation l'exige. La planification des interventions prévoit aussi la gestion des équipements de protection individuelle (ÉPI). Nous invitons tout de même l'organisation à aller plus loin dans ses réflexions et colliger les différentes stratégies possibles selon les urgences qui peuvent survenir.

En terminant, nous encourageons l'établissement à envisager d'utiliser des services de télésanté (aussi connus sous le nom de «services de télémédecine») lors d'une situation d'urgence, afin de donner l'accès aux soins à partir de n'importe quel emplacement.



**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
3.1.7	L'organisme communique les résultats de son évaluation des risques liés aux situations d'urgence et aux catastrophes aux intervenants internes et externes, afin de les tenir informés.	Priorité élevée
3.1.13	L'organisme planifie la manière dont il fournira des services de télésanté pour favoriser l'accès à distance aux soins lors d'une situation d'urgence ou d'une catastrophe.	Priorité normale
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: 93.5% des critères sont conformes

6.5% 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'équipe a accès à une multitude de politiques et procédures à jour. Un guide de prévention des infections est disponible et l'équipe y fait référence au besoin.

Depuis la pandémie, l'équipe n'a pas vécu d'écllosion de gastroentérite ou de grippe. La propreté des lieux est une des mesures de prévention des infections nosocomiales et nous félicitons l'équipe pour la qualité de l'entretien et de l'hygiène et la salubrité de l'installation. Le chef de l'entretien a maintenu les « high touch » et ce bien après la fin de la pandémie et l'a intégré dans sa routine de travail. Cette dernière mesure n'est pas étrangère au peu d'éclussions vécues par l'établissement.

L'entretien sanitaire se fait sur les 3 quarts de travail, et ce depuis peu. Des étudiants ont été embauchés récemment afin d'assurer la propreté des espaces communs pour les soirs et la nuit.

Le suivi des infections nosocomiales fait l'objet d'une attention et l'information est consignée par la directrice des soins infirmiers. Nous invitons l'équipe à se munir d'un document plus officiel et à faire la compilation des infections afin d'en recueillir toutes les données, d'en faire l'analyse et de dégager les tendances pour l'établissement. Nous soulignons qu'il y a eu très peu d'éclussions mise à part la covid-19 qui a été légère au cours des dernières années.

Le secteur de la buanderie est à réfléchir quant à la meilleure option possible afin d'éliminer tout croisement de la lingerie propre du souillé. Il y a une poubelle de déchets à relocaliser dans un endroit plus adéquat qui contient du matériel souillé. Les pistes de solutions sont à discuter d'autant que l'espace est restreint.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.4	Une évaluation des risques est réalisée afin de cibler les activités à risques élevés d'infection et ces activités sont définies dans les politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections.	Priorité normale
4.1.21	Taux d'infection	POR
4.1.21.3	L'information sur les infections nosocomiales pertinentes et les recommandations découlant de l'analyse des éclosions sont communiquées aux membres de l'équipe, à la haute direction et au conseil d'administration.	

## 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: 91.2% des critères sont conformes

8.8% 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 :

Le personnel rencontré est soucieux de bien identifier le résident à qui la médication est administrée et s'assure du respect de toutes les étapes de préparation avant l'administration.

Des politiques et procédures fondées sur les meilleures pratiques sont disponibles aux équipes de soins.

Une liste des abréviations à ne pas utiliser est affichée et à jour. Nous invitons l'équipe à diffuser cette information auprès des jeunes médecins-résidents en médecine familiale du Groupe de Médecine Familiale Universitaire qui viennent visiter la clientèle.

Le bilan comparatif des médicaments est réalisé dès l'admission.

Pour les substances conservées au commun, nous invitons l'équipe à tenir à jour une liste de ces médicaments. Cette pratique permet de réduire le nombre de médicaments avec lesquels les membres de l'équipe doivent se familiariser, tout en assurant la disponibilité d'une pharmacothérapie efficace qui repose sur les meilleures pratiques et des données probantes. À noter que lors de la détermination des critères de sélection des médicaments, les besoins des résidents, des prescripteurs et d'autres prestataires de services se doivent d'être pris en considération.

Nous retrouvons une photo du résident sur l'emballage individuel de chacun des médicaments du dispil. Nous invitons l'équipe à voir dans quelle mesure la photo pourrait être disponible sur tous les médicaments dépendamment de l'heure d'administration. Selon le moment de la journée, cette photo n'apparaît pas en tout temps. À titre d'exemple pour la médication de 10h00 le matin, la photo n'était pas présente.

La communication avec la pharmacie communautaire est fluide et les liens de collaboration sont présents. De plus, l'équipe a accès aux services-conseils d'une pharmacienne du GMF-U lorsque nécessaire.

Il y a bien un programme d'auto-administration de la médication de disponible dans le cartable des politiques et procédures, mais ce document réfère à des ressources externes de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Il date de 2003. Nous invitons l'équipe à prendre position quant au volet de l'auto-administration des médicaments par les résidents de la résidence et à rédiger si tel est le cas, un document qui reflète les pratiques adaptées à la personne âgée hébergée. Au moment de la visite, aucun des résidents ne participait au programme d'auto-administration des médicaments.

Au sein de l'établissement, l'équipe est soucieuse de réduire la prescription et n'administre des médicaments PRN que si nécessaire.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.7	Des critères sont établis en matière d'ajouts, de restrictions et de retrait ou d'exclusion de médicaments relativement à l'inventaire des médicaments entreposés.	Priorité normale
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
5.1.33	Les critères établis servent à déterminer quels médicaments les résidents peuvent s'administrer eux-mêmes.	Priorité normale
5.1.34	Les critères établis servent à déterminer si un résident est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.	Priorité normale
5.1.43	Une contre-vérification indépendante des médicaments de niveau d'alerte élevé désignés par l'organisme est effectuée selon la procédure, avant que ces médicaments ne soient administrés.	Priorité élevée
5.1.59	L'organisme effectue une évaluation annuelle du système de gestion des médicaments.	Priorité normale

## 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: 95.1% des critères sont conformes

4.9% 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 :

#### Prestation de soins centrés sur les personnes :

Le résident est au cœur de la dispensation des soins et services. Cela se reflète par la qualité de la relation des membres du personnel auprès des résidents que nous avons constatée au cours de la visite.

Chaque détail de la vie du résident est pris en considération et fait en sorte que le personnel connaît bien les habitudes de chacun. La dignité et la communication sont présentes auprès des usagers. L'usager est vêtu proprement, coiffé et a accès à une alimentation riche et nutritive.

La bonne communication de l'équipe avec les résidents est à souligner et à poursuivre. Les membres de l'équipe parlent avec les résidents et n'hésitent pas à discuter au besoin. Nous invitons l'établissement à encourager cette pratique qui peut distraire le résident et qui incite le personnel à être proactif dans ses interactions avec la clientèle.

Le milieu de vie du résident est empreint de créativité, ne serait-ce que la décoration des chambres qui est unique et qui reflète la réalité d'une chambre de la maison. Murs peints, décorés, petite table pour manger au besoin, fauteuil confortable et literie de couleur et d'une propreté impeccable.

#### Fournir des services sécuritaires et efficaces :

Les familles rencontrées sentent que leur proche est en sécurité dans la résidence.

Dès l'admission, le risque suicidaire est abordé, de même que l'évaluation des plaies et des chutes.

Le GMF-U Laurier assure la formation des résidents en médecine familiale. Tous les résidents de l'établissement sont visités par un médecin superviseur avec son résident, et ce de manière hebdomadaire. Bravo pour cette belle collaboration qui permet d'éviter des visites à l'urgence en raison du suivi étroit de la clientèle.

Nous soulignons l'organisation du travail qui fait en sorte que l'hygiène bucco-dentaire est assurée auprès de chacun des résidents après les repas. Le personnel a eu accès à la formation nécessaire et dirige les résidents dans cette activité.

## Former une équipe compétente

Les équipes ont accès à la plateforme ENA afin de parfaire la formation en cours d'emploi. Plusieurs formations ont été offertes durant la dernière année. Introduction à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité; l'approche intégrée en soins palliatifs et fin de vie pour les préposés aux bénéficiaires entre autres, le programme québécois de soins bucco-dentaires et de soins d'hygiène quotidienne de la bouche en CHSLD. Lors de notre visite, nous avons été à même de constater l'application des principes véhiculés au cours des différentes formations dispensées à l'équipe.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.5	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les résidents, les familles ou les proches aidants tout en respectant l'héritage culturel, les croyances religieuses et les besoins diversifiés en matière de soins.	Priorité normale
6.3.6	Transfert de l'information aux points de transition des soins	POR
6.3.6.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"><li>• 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;</li><li>• demander aux résidents, aux familles ou aux proches aidants et aux prestataires de services s'ils ont reçu les renseignements dont ils avaient besoin;</li><li>• 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).</li></ul>	
6.3.8	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des résidents et de l'équipe, et ce, avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants.	Priorité élevée

## Aperçu de l'amélioration continue de la qualité

L'équipe visiteuse souligne les efforts consentis en matière de qualité et sécurité, en vue d'obtenir une offre de service adaptée aux besoins des résidents et de leurs proches.

Des données sont récoltées dans le cadre des activités de La Maison, par exemple, relativement à la gestion de risque ou aux sondages clientèle. Nous encourageons néanmoins l'organisation à intensifier la culture de la mesure, pour aller au-delà de la cueillette d'information. Pour assurer le maintien d'une gestion globale des risques en lien avec la sécurité, nous invitons l'établissement à procéder à des audits des processus cliniques, par exemple par la réalisation d'audits sur la tenue de dossiers. Nous invitons aussi la direction à structurer les programmes de formation et en assurer l'évaluation, en vue d'acquérir et de maintenir les compétences liées aux pratiques sécuritaires.

Dans le cadre de la présente visite, les pratiques organisationnelles requises (POR) qui devront faire l'objet d'une attention particulière sont les suivantes :

\n

- Le processus de divulgation des événements indésirables
- Le processus de gestion des taux d'infection
- La gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé
- La transmission de l'information aux points de transition

\nPar ailleurs, nous invitons l'organisation à se doter d'un plan global d'amélioration de la qualité, avec des objectifs, des actions, un responsable de chaque mesure, des échéanciers. Des indicateurs de mesure devront être choisis afin d'assurer le suivi.