



**ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA**

Rapport d'agrément

Programme Qmentum^{MD}
Soins de longue durée

Centre d'hébergement du Boisé

Rapport publié : 26/05/2023

Table des matières

À propos d’Agrément Canada	3
À propos du rapport d’agrément	3
Confidentialité	3
Sommaire	5
À propos de l’organisation	5
Aperçu des observations de l’équipe de visiteurs	5
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	5
Aperçu du programme	6
Statut d’agrément	7
Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément	7
Pratiques organisationnelles requises	8
Résultats de l’évaluation divisés par chapitre	10
Gouvernance et leadership	10
Modèles de prestation de soins	12
Gestion des situations d’urgence et des catastrophes	13
Prévention et contrôle des infections	14
Gestion des médicaments	15
Expérience de soins des résidents	18
Aperçu de l’amélioration continue de la qualité	20

À propos d'Agrément Canada

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

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

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

À propos du rapport d'agrément

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

Dans le cadre de ce programme, l'organisation a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumise à des évaluations, dont une visite d'agrément du 17/04/2023 à 19/04/2023.

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

Confidentialité

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

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

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

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

Aperçu du programme

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

Le Programme Qmentum^{MD}-- Soins de longue durée est un programme d'agrément qui oriente et soutient l'organisation dans sa trajectoire d'amélioration continue de la qualité visant à offrir des soins sécuritaires, fiables et de haute qualité à ses résidents. Les principaux volets du programme sont notamment le cycle d'agrément continu, l'outil d'évaluation mis à jour divisé en chapitres, quatre méthodes d'évaluation complètes, deux sondages¹ (le Sondage sur le fonctionnement de la gouvernance et le Sondage mené auprès de la main-d'œuvre sur le bien-être, la qualité et la sécurité) et une plateforme numérique en nuage sécurisée qui servira à la réalisation de ces activités.

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

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

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

Chapitre 1 : Gouvernance et leadership

Chapitre 2 : Modèles de prestation de soins

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

Chapitre 4 : Prévention et contrôle des infections

Chapitre 5 : Gestion des médicaments

Chapitre 6 : Expérience de soins des résidents

Sommaire

À propos de l'organisation

Le Centre d'hébergement du Boisé (CH du Boisé) est un établissement de soins de longue durée privée conventionné détenant un permis d'exploitation du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec de 66 lits depuis 2007.

Ce centre existe depuis 60 ans. Sa mission a changé au fil du temps. Par contre, son but a toujours été de donner des soins de qualité et sécuritaires. Il a été récipiendaire de plusieurs prix d'excellence au fil des ans.

En avril 2022, le CH du Boisé est vendu à M Vincent Simonetta. Celui-ci est aussi président-directeur général de Vigi Santé.

Le comité de direction, les professionnels et l'ensemble du personnel valorisent la philosophie des soins centrés sur le résident et sa famille. Le résident fait partie de sa propre équipe.

Le CH du Boisé été construit en 2007. C'est un milieu de vie accueillant, confortable et sécuritaire.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Depuis la dernière visite d'agrément Canada en 2019, le centre a connu la pandémie de COVID-19, un changement de propriétaire et plusieurs départs de gestionnaire. La qualité des soins et services a été maintenue. Plusieurs politiques et procédures ont été révisées. Les plans de contingences ont tous été mis à jour.

Les partenaires sont heureux de collaborer avec le CH du Boisé. Le centre a une belle réceptivité. Il partage ses connaissances, valide ses façons de faire, adopte les meilleures pratiques et il est très présent aux rencontres sollicitées par les partenaires.

La nouvelle équipe de gestion est dynamique, engagée et mobilisatrice. Cette dernière est respectueuse des membres du personnel, du résident, des familles et des partenaires.

Les témoignages des résidents et de leur famille témoignent de l'engagement de tous en matière de qualité et de sécurité des soins centrés sur la personne.

L'organigramme est à revoir. Il n'y a pas de conseil d'administration. La schématisation des différents comités actifs est à mettre à jour selon le fonctionnement actuel de la structure du CH du Boisé.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Le programme de gestion des risques mérite d'être souligné.

Le problème de pénurie du personnel est un enjeu majeur pour le centre. Le souhait du PDG est de réussir à éliminer le recours à la main-d'œuvre indépendante.

Parmi les défis à relever, il y a le partage ou la mise en commun des ressources et de plusieurs actions pour en arriver à une synergie entre les deux entreprises soit le CH du Boisé et Vigi Santé. La rénovation du service alimentaire et la préparation sur place des repas des résidents et le possible partage du conseiller en ressources humaines en sont des exemples.

Statut d'agrément

Le statut d'agrément de Centre d'hébergement du Boisé est :

Agréé

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

Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément

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

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

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

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

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

Tableau 1. Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Sur place
Centre d'hébergement du Boisé Ltée	✓

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	4 / 6	66.7%	✓
Gouvernance et leadership	Prévention de la violence en milieu de travail	7 / 8	87.5%	✓
Gouvernance et leadership	Plan de sécurité des usagers	4 / 4	100.0%	
Gouvernance et leadership	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.0%	
Gouvernance et leadership	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.0%	
Gouvernance et leadership	Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.0%	
Prévention et contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.0%	
Prévention et contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	3 / 3	100.0%	
Prévention et contrôle des infections	Taux d'infection	3 / 3	100.0%	
Gestion des médicaments	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	2 / 6	33.3%	✓
Gestion des médicaments	Médicaments de niveau d'alerte élevé	6 / 6	100.0%	
Gestion des médicaments	Sécurité liée à l'héparine	2 / 2	100.0%	

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

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Gouvernance et leadership

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

Évaluation du chapitre : 95.1% des critères sont conformes

4.9% 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 :

Le conseil d'administration est formé d'un propriétaire unique, Monsieur Vincent Simonetta. Le rôle du président-directeur général est défini dans une description de poste. Le propriétaire est aussi propriétaire des CHSLD de Vigi Santé. Le PDG utilise actuellement des ressources de Vigi Santé, comme le service comptable, et les services alimentaires. Il est prévu que d'autres services suivront comme l'informatique, l'approvisionnement du matériel, etc. pour optimiser et soutenir le CH du Boisé. Le PDG se dit présent auprès des équipes.

Il y a depuis janvier un nouveau comité de direction formé d'une directrice des activités d'établissement et responsable des soins infirmiers, d'une chef d'unité de soins infirmiers en établissement et d'un agent d'activité clinique. Le poste d'un conseiller aux ressources humaines est actuellement vacant. Un processus formel est à mettre en place pour les rencontres du PDG et l'équipe de direction. Il n'y a pas d'ordre du jour et de comptes-rendus des discussions en matière de qualité des soins.

Il faut souligner que le centre a développé et maintenu une culture de sécurité.

Les principaux défis à relever actuellement sont de mettre en place un service alimentaire au centre, contrer la pénurie de main-d'œuvre, et d'accompagner le personnel au changement de propriétaire.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.13	Responsabilité liée à la qualité des soins	POR
1.1.13.2	La qualité est un point permanent de l'ordre du jour de toutes les rencontres régulières du conseil d'administration.	
1.1.13.6	Dans le cadre de leur évaluation du rendement, les membres de la direction qui relèvent directement du conseil d'administration (p. ex., le PDG, le directeur général, le médecin-chef) sont tenus responsables du rendement en matière de qualité de l'organisme.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.2.3	Prévention de la violence en milieu de travail	POR
	1.2.3.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme étudie les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail et il se sert des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence et améliorer la politique sur prévention de la violence en milieu de travail.	

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 : 91.3% des critères sont conformes

8.7% 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 :

Des formations sont offertes sur l'utilisation sécuritaire de l'équipement.

Il existe des profils de poste pour le personnel et les nouveaux gestionnaires.

Un programme d'orientation est en place. Un agent d'activité clinique est responsable de sa mise en application.

Il n'y a pas eu d'évaluation du rendement du personnel de réaliser durant la pandémie

La participation des résidents et de leur famille est favorisée. Il y a beaucoup de sondage de fait auprès des résidents et des familles pour avoir une rétroaction sur les interventions ou les soins reçus.

Le centre se dit prêt pour réaliser des soins par télésanté par contre, il n'y a aucune entente écrite avec les partenaires.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.7	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	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 : 100.0% des critères sont conformes

0.0% 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 :

Le centre est prêt à faire face aux sinistres et aux situations d'urgence. Les plans de mesure d'urgence et les plans de continuités des opérations ont été révisés en décembre 2021. Le centre avait l'équipement de protection individuelle nécessaire pour faire face à la situation.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Prévention et contrôle des infections

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

Évaluation du chapitre : 100.0% des critères sont conformes

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

Résultats de l'évaluation :

Au niveau de la prévention et le contrôle des infections, les mesures implantées suivent une stratégie adaptative de gestion des éclosions que ce soit dans la gestion de la COVID ou aux autres types d'infections en soins de longue durée.

Les procédures d'intervention ont été élaborées pour chacune des situations d'infection.

Les membres de l'équipe sont impliqués dans l'élaboration, la promotion et l'application de la prévention et le contrôle des infections. Les produits d'hygiène des mains sont disponibles.

Les familles sont mobilisées dans la promotion et l'application des mesures.

Le calendrier des différentes vaccinations est suivi de façon rigoureuse.

Nous suggérons la réalisation des activités d'évaluation statutaire formelle.

Compte tenu du milieu de vie, les défis résident dans la pérennisation des mesures préventives et la communication continue avec les résidents/familles afin d'assurer leur collaboration.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Gestion des médicaments

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

Évaluation du chapitre : 84.6% des critères sont conformes

15.4% 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 :

Au niveau des services pharmaceutiques :

Un partenariat entre le Centre d'hébergement du Boisé et le CIUSSSCN pour les services pharmaceutiques a permis la préparation automatisée sous forme de médicaments ensachés sécuritaires.

La gestion des médicaments en réserve aux unités de soins est faite par le personnel infirmier avec rigueur dans le contrôle des dates de péremption et des stupéfiants et drogues contrôlées.

Au niveau des soins pharmaceutiques :

Nous recommandons l'ajout de temps pharmacien clinique aux unités de soins afin de développer les soins pharmaceutiques pour soutenir les médecins et le personnel infirmier dans le suivi de la pharmacothérapie des résidents (effets secondaires, interactions médicamenteuses, ajustement de doses...)

Nous avons remarqué une excellente pratique dans l'identification des patients à risque de chute.

Nous suggérons l'implantation d'une indication plus évidente au dossier-patient pour des allergies. Aussi, une signalisation des médicaments cytotoxiques par un LOGO au dossier-patient et à l'entrée de la chambre pour aviser les membres de l'équipe de la nécessité de prendre des précautions lors de la manipulation de ces médicaments et de la gestion de déchets.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.4	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	POR
5.1.4.2	La « Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées » de l'organisme est mise en œuvre et elle s'applique à tous les documents portant sur les médicaments, qu'ils soient écrits à la main ou saisis à l'ordinateur.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.4	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	POR
5.1.4.4	L'organisme renseigne le personnel sur la liste « Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées » pendant l'orientation et lorsque des changements y sont apportés.	
5.1.4.5	La « Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées » de l'organisme est mise à jour et les changements nécessaires sont apportés aux processus de l'organisme.	
5.1.4.6	Le respect de la « Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées » de l'organisme est vérifié et des changements sont apportés aux processus en fonction des problématiques cernées.	
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
5.1.60	Les processus et les indicateurs de résultats liés à la gestion des médicaments font l'objet d'un suivi.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.62	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	POR
5.1.62.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est établi et documenté en partenariat avec le résident, la famille, les prestataires de soins ou les proches aidants (suivant le cas).	
5.1.62.2	Le MSTP est utilisé pour générer les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources de renseignements sont alors détectées, résolues et documentées.	
5.1.62.3	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, les ordonnances de médicaments rédigées au congé sont comparées à la liste des médicaments actuels; toutes les divergences entre les deux sont détectées, résolues et documentées.	
5.1.62.4	À la sortie du milieu de soins de longue durée, le résident et le prochain prestataire de soins (p. ex., un autre prestataire de soins de longue durée ou un prestataire de soins de santé extra-hospitalier) reçoivent la liste complète des médicaments que le résident prend.	

Expérience de soins des résidents

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

Évaluation du chapitre : 100.0% des critères sont conformes

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

Résultats de l'évaluation :

Le Centre d'hébergement du Boisé repose sur le concept d'un milieu de vie avec «une approche de soins concertée», humaniste et respectueuse des résidents et de leur famille entre tous les acteurs ayant une influence et un impact sur la qualité des soins et services offerts aux résidents.

Malgré la situation sanitaire des trois dernières années, le milieu de soins demeure mobilisé, résilient et ouvert aux idées novatrices.

L'approche de soins et de services repose sur une culture d'amélioration continue bien ancrée par une gestion proactive et structurée des risques. Beaucoup de rigueur et d'attention sont portées aux pratiques portant sur la sécurité des résidents.

Une approche préventive dès l'admission est appliquée par une évaluation et l'identification des facteurs du risque. Les mécanismes de recommandation et de surveillance des mesures de contrôle sont bien encadrés.

Pour promouvoir et assurer l'amélioration continue, le leadership bienveillant de l'équipe de gestion, accompagné d'une équipe multidisciplinaire engagée composée de médecin, personnel infirmier, pharmacien, dentiste, nutritionniste, travailleur social, éducateur spécialisé, préposé aux bénéficiaires, contribuent à tous les aspects de soins et services sécuritaires aux résidents. L'esprit d'équipe règne entre tous les membres et constitue la force de l'équipe.

Un protocole rigoureux à différents niveaux est initié avec des mesures préventives et des interventions de soins de peau et de plaies ainsi que les risques de chutes.

Aussi, dès l'admission et à des fréquences déterminées, le personnel infirmier s'entretient avec le résident et les membres de sa famille pour procéder à une évaluation du risque de dépression et du risque suicidaire. Cette évaluation permet d'implanter un plan d'approche préventive de la dépression et du suicide.

Il implique la participation des autres membres de l'équipe dans le plan d'intervention notamment le médecin, la travailleuse sociale, le responsable des loisirs.

Chaque membre de l'équipe offre une gamme de services pour assurer un milieu de vie interactive et agréable contribuant au bien-être physique et moral des résidents.

Des approches novatrices sont utilisées, notamment la salle snoezelen offrant un complément aux soins par une pratique de stimulation multisensorielle visant à éveiller et entretenir la sensation sur le plan psychophysiologique dans une ambiance sécurisante.

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

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Aperçu de l'amélioration continue de la qualité

Dans le cadre du processus d'agrément de la qualité des soins et services offerts aux résidents, le premier but stratégique est de maintenir une amélioration continue de la qualité et de la sécurité dans les soins et services offerts. Le programme qualité est complet. L'équipe de direction se dit prête à poursuivre le cycle d'amélioration de la qualité, par étapes successives, pour tous les aspects des services offerts. Les employés sont informés du processus. Il y a de nombreux audits qualité de réalisés et consignés dans un plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Le centre déterminera les objectifs prioritaires à travailler cette année.