



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

**Centre Le Cardinal Inc.**

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 7 au 9 novembre 2016

Date de production du rapport : 22 novembre 2016

## Au sujet du rapport

Le Centre Le Cardinal (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 novembre 2016. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

## Confidentialité

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

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

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

## Un mot d'Agrément Canada

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

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

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

Je vous remercie du leadership et de l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale

## Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Sommaire</b>   | <b>1</b>  |
| Décision relative au type d'agrément  | 1         |
| Au sujet de la visite d'agrément  | 2         |
| Analyse selon les dimensions de la qualité  | 3         |
| Analyse selon les normes  | 4         |
| Aperçu par pratiques organisationnelles requises  | 5         |
| Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs  | 8         |
| <b>Résultats détaillés de la visite</b>   | <b>12</b> |
| Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires                     | 13        |
| Processus prioritaire : Planification et conception des services  | 13        |
| Processus prioritaire : Gestion des ressources  | 15        |
| Processus prioritaire : Capital humain  | 16        |
| Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité  | 18        |
| Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes                     | 20        |
| Processus prioritaire : Communication   | 21        |
| Processus prioritaire : Environnement physique  | 23        |
| Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence  | 24        |
| Processus prioritaire : Cheminement des clients   | 25        |
| Processus prioritaire : Équipement et dispositifs médicaux  | 26        |
| Résultats pour les normes sur l'excellence des services   | 27        |
| Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service | 27        |
| Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments - Secteur ou service               | 29        |
| Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service   | 30        |
| <b>Résultats des outils d'évaluation</b>  | <b>33</b> |
| Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires                      | 33        |
| Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail  | 35        |
| Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur  | 37        |
| <b>Annexe A - Programme Qmentum</b>   | <b>38</b> |
| <b>Annexe B - Processus prioritaires</b>  | <b>39</b> |

## Sommaire

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

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

Le présent rapport fait état des résultats à ce jour et est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

Il convient de féliciter l'organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

## Décision relative au type d'agrément

Le Centre Le Cardinal a obtenu le type d'agrément qui suit.

### **Agréé avec mention d'honneur**

L'organisme atteint le plus haut niveau de résultats possible et fait preuve d'excellence dans sa conformité aux exigences du programme d'agrément.

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 7 au 9 novembre 2016**

- **Emplacement**

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

1. Chsld Centre Le Cardinal Inc.

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

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

4. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services









- **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
- 3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

## Analyse selon les dimensions de la qualité

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

| Dimension de la qualité  | Conforme   | Non Conforme | S.O.     | Total      |
|--|------------|--------------|----------|------------|
|  Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.) | 21         | 0            | 0        | 21         |
|  Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)                           | 10         | 0            | 0        | 10         |
|  Sécurité (Assurez ma sécurité.)  | 135        | 0            | 4        | 139        |
|  Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)                                   | 49         | 0            | 0        | 49         |
|  Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)            | 70         | 0            | 0        | 70         |
|  Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)                          | 8          | 0            | 0        | 8          |
|  Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)                      | 195        | 0            | 2        | 197        |
|  Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)                            | 8          | 0            | 0        | 8          |
| <b>Total</b>   | <b>496</b> | <b>0</b>     | <b>6</b> | <b>502</b> |

## 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<br>(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     |
| Leadership  | 49<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)         | 0        | 96<br>(100,0%)          | 0<br>(0,0%)         | 0        | 145<br>(100,0%)                                 | 0<br>(0,0%)         | 0        |
| Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections | 27<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)         | 0        | 46<br>(100,0%)          | 0<br>(0,0%)         | 0        | 73<br>(100,0%)                                  | 0<br>(0,0%)         | 0        |
| Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments               | 49<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)         | 3        | 51<br>(100,0%)          | 0<br>(0,0%)         | 1        | 100<br>(100,0%)                                 | 0<br>(0,0%)         | 4        |
| Soins de longue durée   | 54<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)         | 0        | 99<br>(100,0%)          | 0<br>(0,0%)         | 0        | 153<br>(100,0%)                                 | 0<br>(0,0%)         | 0        |
| <b>Total</b>  | <b>179<br/>(100,0%)</b>      | <b>0<br/>(0,0%)</b> | <b>3</b> | <b>292<br/>(100,0%)</b> | <b>0<br/>(0,0%)</b> | <b>1</b> | <b>471<br/>(100,0%)</b>                         | <b>0<br/>(0,0%)</b> | <b>4</b> |

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



## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

| Pratique organisationnelle requise  | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|   |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>                        |              |                               |                                |
| Analyse prospective liée à la sécurité des usagers (Leadership)                             | Conforme     | 1 sur 1                       | 1 sur 1                        |
| Divulgateion des événements (Leadership)  | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Gestion des événements (Leadership)   | Conforme     | 6 sur 6                       | 1 sur 1                        |
| Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)                              | Conforme     | 1 sur 1                       | 2 sur 2                        |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>                              |              |                               |                                |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée) | Conforme     | 5 sur 5                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers (Soins de longue durée)  | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)                 | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |

| 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>  |              |                               |                                |
| Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées<br>(Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments) | Conforme     | 4 sur 4                       | 3 sur 3                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins<br>(Soins de longue durée)                            | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>  |              |                               |                                |
| Électrolytes concentrés<br>(Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments)                                | Conforme     | 3 sur 3                       | 0 sur 0                        |
| Médicaments de niveau d'alerte élevé<br>(Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments)                   | Conforme     | 5 sur 5                       | 3 sur 3                        |
| Sécurité liée à l'héparine<br>(Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments)                             | Conforme     | 4 sur 4                       | 0 sur 0                        |
| Sécurité liée aux narcotiques<br>(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 usagers<br>(Leadership)  | Conforme     | 2 sur 2                       | 2 sur 2                        |
| Prévention de la violence en milieu de travail<br>(Leadership)  | Conforme     | 5 sur 5                       | 3 sur 3                        |
| Programme d'entretien préventif<br>(Leadership)   | Conforme     | 3 sur 3                       | 1 sur 1                        |

| 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 : Milieu de travail</b>  |              |                               |                                |
| Sécurité des usagers : formation et perfectionnement (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 (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections)          | Conforme     | 1 sur 1                       | 2 sur 2                        |
| Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections) | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Processus de retraitement (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections)                             | Conforme     | 1 sur 1                       | 1 sur 1                        |
| Taux d'infection (Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections)                                      | Conforme     | 1 sur 1                       | 2 sur 2                        |
| Vaccin antipneumococcique (Soins de longue durée)   | Conforme     | 2 sur 2                       | 0 sur 0                        |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>   |              |                               |                                |
| Prévention des chutes (Soins de longue durée)   | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention des plaies de pression (Soins de longue durée)   | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention du suicide (Soins de longue durée)   | Conforme     | 5 sur 5                       | 0 sur 0                        |

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

**L'équipe de visiteurs a fait les observations suivantes au sujet de l'ensemble des points forts, des possibilités d'amélioration et des défis de l'organisme.**

La visite d'Agrément Canada auprès du Centre Le Cardinal s'est effectuée entre le 7 et 9 novembre 2016. La dernière visite d'agrément date de 2012. Il s'agit d'un CHSLD privé-conventionné de 174 lits. Une visite ministérielle d'appréciation du milieu de vie a eu lieu en mars 2016.

L'établissement a répondu positivement aux suggestions de la visite d'agrément précédente. Parmi les réalisations entre 2012 et 2016, il y a eu : une implication accrue des résidents et familles; la poursuite de l'approche milieu de vie; la stabilité des équipes; des activités de loisirs stimulantes et diversifiées pour la clientèle; un programme de formation et renforcement des compétences cliniques par du coaching; les rénovations fonctionnelles pour améliorer le milieu de vie et le milieu de travail; l'amélioration du climat de travail et la diminution du taux d'absentéisme, l'amélioration de la sécurité du bâtiment, et ce, par plusieurs initiatives.

Compte tenu de son statut privé, la composition du conseil d'administration est différente de celle des établissements publics. La gouvernance est assurée par la directrice générale de l'établissement qui fait des comptes rendus aux propriétaires. Les propriétaires sont soucieux et jouent un rôle actif dans la promotion d'une culture de performance et des meilleures pratiques pour s'assurer de la qualité des soins et services offerts aux résidents.

Au cours de la dernière année, la haute direction a saisi une opportunité, en élaborant des orientations stratégiques de l'organisme dans une vision quinquennale. Cet exercice essentiel est pertinent, étant donné le changement de contexte du secteur de la santé, pour tisser des liens entre l'organisme, ses partenaires et la communauté. Ces orientations doivent être diffusées et connues de tous les partenaires internes et externes.

Pour le volet des communications avec les résidents et les familles, plusieurs outils sont en utilisation. Il y a une grande disponibilité de la direction ainsi que des professionnels avec une philosophie de gestion «porte ouverte». Un journal est publié plusieurs fois par année. Dernièrement, deux initiatives ont été apportées sur le plan informationnel, dont le site web qui est une source précieuse d'informations. La présence d'une équipe engagée et un milieu de vie bien établi représentent des forces appréciables.

Toutefois, l'organisme doit faire face à des défis importants : l'alourdissement de la clientèle qui est maintenant au-delà de dix (10) sur le profil ISO-SMAF, la relève professionnelle adéquate, le suivi et le maintien de la mobilisation après la présente visite d'agrément, l'engagement envers l'amélioration continue de la qualité, la reconnaissance du personnel et la satisfaction des résidents et des familles sont des préoccupations constantes. Par conséquent, la gestion intégrée de la qualité avec des indicateurs de rendement devra être revue et un réquestionnement des processus en place sera nécessaire. L'organisation est pleinement dans la transition vers une culture de mesure et elle est fortement encouragée à poursuivre cette route.

À travers les années, les dirigeants ont développé des partenariats d'affaires qui répondent aux besoins des établissements de santé du territoire. L'équipe collabore constamment avec d'autres services et programmes pour identifier les besoins permettant ainsi la mise en place et la coordination du continuum de soins. La réorganisation du réseau de la santé et de services sociaux a permis au Centre Le Cardinal de formaliser les rapports avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

L'organisme connaît bien les besoins de la communauté. Des collaborations ont lieu pendant l'année avec des organismes communautaires qui ont permis d'augmenter la qualité et le nombre d'activités de loisir. À titre d'exemple, il faut souligner l'initiative «potager à partager» avec un centre communautaire et l'activité avec les artistes de la Pointe-de-l'Île.

Pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services, le partenariat devra être renforcé avec les établissements de santé, mais aussi avec les partenaires corporatifs afin de développer de nouveaux programmes et offrir des formations continues dans des domaines complémentaires, par exemple : l'élaboration des tableaux de bord de gestion intégrée de la qualité; la mise à jour et le développement des connaissances des infirmières et infirmières auxiliaires; une sensibilisation à l'éthique; le programme de fin de vie et autres initiatives.

Pour ce qui est du volet de dotation en personnel et la qualité de vie au travail, en général, ce point ne comporte pas de préoccupation majeure, sauf qu'un programme qui vise l'harmonisation travail-vie-privé peut influencer positivement la rétention du personnel. Il y a une bonne solidarité entre les employés. Il y a eu une baisse importante de l'absentéisme et le taux de main d'œuvre indépendante est en décroissance pour certains titres d'emplois. L'organisme est encouragé à continuer la valorisation avec les outils qu'il croit opportuns.

En matière de gestion des ressources humaines, un programme de développement des ressources humaines (PDRH) est en place. L'évaluation du rendement du personnel doit être renforcée avec l'effort d'une périodicité déterminée aux deux (2) ans. Une pochette d'information à l'intention des employés et des résidents est remise systématiquement et elle inclue aussi des consignes sur la sécurité des résidents et des employés. L'organisme est encouragé à revoir, en terme de littératie, que le contenu de cette pochette est approprié pour la clientèle cible, et ce, en temps opportun.

Il y a une bonne solidarité entre les employés. Le comité de gestion travaille en étroite collaboration avec le service des ressources humaines pour améliorer tout ce qui a trait aux mutuelles, soit pour les accidents de travail et les absences maladies. Il y a une bonne représentation des différents titres d'emploi au sein du comité de gestion de la qualité et celui de la gestion des risques.

Concernant le volet sécurité au travail un plan d'action est en voie de réalisation en réponse au sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers. De plus, le plan sur la qualité de vie au travail (Pulse) est aussi en phase de réalisation.

Au niveau de la prestation des soins et des services, l'organisme a su faire de cette demande d'agrément un projet d'amélioration de la qualité pour l'ensemble des équipes. Ce fut l'occasion de revoir la composition des équipes de soins, des processus de soins et de réviser ou de mettre en place, les programmes de soins de longue durée qui assurent la qualité et la sécurité des usagers. Fier du chemin parcouru depuis l'ouverture de l'installation, qui va fêter 45 ans d'existence en janvier 2017, le défi est de poursuivre l'intégration et l'évaluation des processus prioritaires et d'en faire le suivi à l'aide d'un tableau de bord connu et suivi de tous.

Plusieurs comités ont été mis en place pour s'assurer de la qualité des soins. L'organisme bénéficie de la grande disponibilité d'un seul médecin auprès des membres de l'équipe, des résidents et des familles. Cependant, avec la charge de travail qui continue à augmenter il y a un risque de découverte médicale.

L'équipe tient un dossier à jour sur chaque résident. L'organisme respecte les lois en vigueur sur la protection de la vie privée des résidents et de la confidentialité des renseignements les concernant. Pour chaque résident, il y a une évaluation du risque de développer des plaies de pression qui est effectuée et les interventions requises pour les prévenir sont faites. De ce fait, il y a des notes d'observation dans les dossiers des résidents. De plus, une évaluation des risques pour les chutes est effectuée à l'admission.

La double identification selon les normes d'Agrément Canada est respectée. Un programme de prévention des chutes et des mesures de contrôles est en place. Un outil d'évaluation de la douleur est aussi utilisé. Le bilan comparatif des médicaments est fait de façon systématique et il est respecté.

Il est suggéré de mieux diffuser les résultats statistiques qui parviennent au comité de gestion des risques. Cette information devient aussi un outil de sensibilisation et elle entraîne une responsabilisation de chaque membre de l'équipe vers la prestation de soins sécuritaires et de qualité.

Le personnel est dédié et attentionné envers les résidents. L'approche milieu de vie est bien implantée. Les résidents et les familles se disent bien accueillis et satisfaits des soins et services. Les résidents et familles sont invités à participer au plan d'intervention interdisciplinaire à la suite de l'admission dans le centre.

Le comité des usagers est encouragé à participer activement à des initiatives de l'organisation et à poursuivre des initiatives en utilisant les nouvelles technologies comme le WEB pour augmenter sa visibilité. Un plan d'action de communication devrait être élaboré pour planifier une série d'actions qui visent ces objectifs.

Un sondage de satisfaction de la clientèle est effectué par l'organisme. Les résultats comparatifs des deux dernières années montrent une augmentation de la satisfaction suite à la mise en place d'initiatives qui adressaient certaines préoccupations identifiées pendant le sondage. La perception voulant que la clientèle se sente respectée et bien accompagnée par du personnel compétent, dévoué, respectueux contribue à offrir une chaleur humaine et une qualité des services. Pour maintenir ce taux de satisfaction, l'établissement devra déployer des moyens qui assureront la rétention et la stabilité du personnel, essentielles à la continuité des services et au maintien de l'expertise.

Un coup de cœur va au service des loisirs pour une programmation d'activités multiples, variées et ce service est aussi présent la fin de semaine.

Enfin, l'équipe complète est profondément engagée et dédiée.

## Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. En examinant ces résultats, il importe de s'attarder aux résultats pour l'excellence des services et l'ensemble de l'organisme en même temps puisqu'ils sont complémentaires. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Agrément Canada définit les processus prioritaires comme des secteurs critiques et des mécanismes qui ont des répercussions importantes sur la qualité et la sécurité des soins et services. Les processus prioritaires offrent un point de vue différent de celui que fournissent les normes, car les résultats sont organisés en fonction de thèmes qui se recoupent dans l'ensemble des unités, des services et des équipes.

Par exemple, le processus prioritaire qui traite du cheminement des usagers englobe des critères provenant d'un certain nombre d'ensembles de normes qui touchent chacun à divers aspects du cheminement des usagers, de la prévention des infections à l'établissement d'un diagnostic ou à la prestation de services chirurgicaux au moment opportun. Cela offre une image complète de la façon dont les usagers sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou les services.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, expliquent ce qui justifie la cote attribuée et émettent des commentaires sur chaque processus prioritaire.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux processus prioritaires. Les explications qui justifient la cote de non-conformité attribuée à certains critères se trouvent en ligne dans le plan d'amélioration de la qualité du rendement de l'organisme.

Veillez consulter l'annexe B pour une liste des processus prioritaires.

**INTERPRÉTATION DES TABLEAUX DE LA PRÉSENTE SECTION :** Les tableaux font état de tous les critères non respectés de chaque ensemble de normes, indiquent les critères à priorité élevée (qui comprennent des POR) et fournissent les commentaires des visiteurs pour chaque processus prioritaire.

Les symboles suivants accompagnent les critères à priorité élevée et les tests de conformité aux POR :



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Test principal de conformité aux POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité aux POR



## Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires

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

Certains processus prioritaires de cette section s'appliquent aussi aux normes sur l'excellence des services. Les résultats découlant des critères où il y a non-conformité et qui sont aussi liés aux services, devraient être transmis à l'équipe concernée.

### Processus prioritaire : 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)

Le Centre Le Cardinal est un établissement de soins de longue durée privé-conventionné qui a ouvert ses portes en 1972. Au fil des années, plusieurs améliorations et rénovations ont été entreprises pour mieux répondre aux besoins grandissants des résidents. Il est constitué de 47 chambres semi-privées et de 80 chambres privées qui sont organisées en quatre unités de vie pour un total de 174 résidents et 208 employés.

L'équipe de direction a accès aux données démographiques qui lui sont transmises par le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Le plan stratégique 2012-2015 a été complété et un bilan des réalisations a été effectué. De plus, tenant compte de la réorganisation du réseau, des besoins actuels de la communauté et des orientations ministérielles, il y a eu l'élaboration du nouveau plan stratégique quinquennal (2016-2021) qui vient d'être adopté. Une consultation auprès de la direction générale, des cadres, des résidents, des différents comités, des données populationnelles et des rapports des différentes visites a permis de redéfinir la vision, la mission et les valeurs. Cinq enjeux ont été identifiés : un milieu de vie accueillant et stimulant; une collaboration/partenariat; des standards d'excellence; l'attraction, la rétention et l'augmentation de la présence au travail; la communication et le rayonnement. Les plans opérationnels des différents enjeux sont inclus dans la planification. Le suivi du plan stratégique et l'analyse des plans opérationnels sont assurés par le comité de gestion dans le cadre de ses réunions mensuelles. Le bilan annuel des réalisations est déposé au conseil d'administration, au comité de gestion, au comité de coordination de la qualité ainsi que dans le rapport annuel de gestion. Un «Tableau de bord qualité et de performance» de synthèse pourrait être envisagé pour suivre les plans annuels, un peu comme celui en place avec des suivis trimestriels. Il faudrait l'arrimer avec la planification stratégique et les actions qui découlent de chaque objectif.

Cette planification a permis de mettre l'accent sur les contraintes de l'organisme, de considérer les opportunités qui pourront être saisies et avoir un regard évaluatif sur les ressources. Il y a maintenant la phase de diffusion de ces orientations stratégiques et les plans opérationnels. Les partenaires en ont reçu une copie et le document sera sur le site internet de l'organisme. L'organisme possède un Plan d'organisation avec un organigramme, une structure hiérarchique et l'organisation des services.

L'organisme s'est doté de plusieurs politiques et procédures révisées récemment, tant par la direction générale que dans chacune des directions. Les visiteurs ont constaté une grande volonté de l'organisation de s'assurer de l'actualisation du milieu de vie et d'interventions appropriées pour les résidents. L'organisme est conscient qu'un véritable milieu de vie représente un défi simple et complexe à la fois. L'équipe et le personnel démontrent de la souplesse afin de personnaliser les soins et les services, de la créativité et de l'ouverture pour permettre de répondre de façon optimale aux besoins spécifiques des résidents. L'équipe a la conviction d'offrir un milieu de vie et de travail empreints d'humanité avec le résident au centre de leurs préoccupations. Chacun, à sa manière et selon ses compétences, participe à créer un milieu de vie qui est chaleureux et sécurisant pour le résident.

L'évaluation des programmes et services est faite en considérant les critères d'application pour s'assurer de la pertinence pour le résident. Cependant, une forme structurée d'évaluation pourrait permettre de préciser les attentes de l'organisation en matière de soins de longue durée dans le cadre d'un milieu de vie pour les différentes clientèles hébergées.

Étant donné qu'il s'agit d'un établissement privé-conventionné, le conseil d'administration est restreint. L'établissement est en relation avec plusieurs partenaires et les entretiens avec eux confirment l'existence de relations harmonieuses et constructives.

Le Centre Le Cardinal Inc. est soucieux de satisfaire sa clientèle. L'organisme sonde la satisfaction de sa clientèle et à la lumière des résultats, met en place des plans d'amélioration de la qualité. Il est suggéré de passer maintenant à l'étape d'évaluer l'expérience du résident qui pourra fournir de détails sur l'amélioration des processus de soins et d'assistance en place.

## Processus prioritaire : Gestion des ressources

Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.

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

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

La planification budgétaire et les priorités de développement sont établies en lien avec les orientations du plan stratégique. Il existe un processus structuré de planification et de gestion des ressources budgétaires entre les services administratifs et la direction générale. Les services administratifs procèdent à la préparation du budget annuel ainsi que le budget des équipements et immobilisations et ils ont fait la validation avec la direction générale et obtiennent l'approbation du conseil d'administration. Lors des analyses budgétaires périodiques, il y a une analyse des écarts qui est faite.

Un suivi est fait au comité de vérification pour ensuite arriver au conseil d'administration. Une surveillance étroite de l'utilisation des ressources est effectuée, ce qui n'empêche pas de faire des ajustements lorsqu'ils sont justifiés. Les gestionnaires sont encouragés à trouver des solutions de rechange lorsqu'ils ne peuvent obtenir de financement additionnel. Des rapports sont fournis, périodiquement, aux gestionnaires pour qu'ils aient l'information nécessaire pour apporter des ajustements aux dépenses et à l'utilisation des ressources. Des analyses approfondies sont effectuées pour la validation du rapport coût/bénéfice dans certains secteurs, à titre d'exemple, celui de la buanderie, qui a permis de prendre une décision éclairée et informée sur le choix à implanter.

Il n'y a pas de fondation qui peut fournir des fonds additionnels pour faire l'acquisition d'équipement supplémentaire.

## 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)

En vertu de l'article 231 de la Loi sur la Santé et services sociaux du Québec, le «Plan d'action triennal pour le développement du personnel (PATDP)» est en place (2014-2017). Les priorités de développement des ressources humaines ont été identifiées et le suivi est assuré au niveau du comité de gestion. De plus, un nouveau « Plan de main-d'œuvre » pour les années 2016-2019 indique les principaux défis de l'organisme, entre autres, l'attraction du personnel due à la localisation géographique ainsi que le pouvoir de garantir des heures en titularisant les postes. Une analyse a été faite pour les différents titres d'emploi. Des suivis de gestion portent sur des indicateurs ciblés, à titre d'exemple : le taux de roulement, le taux de rétention, le taux d'absentéisme, le taux de précarité et le temps supplémentaire. Les cibles et les indicateurs sont élaborés en collaboration avec les secteurs. Des analyses comparatives sont aussi effectuées avec les données des autres centres qui sont privés-conventionnés. L'organisme commence à avoir des résultats, notamment, sur le volet de la stabilité de la main-d'œuvre, l'abolition de la rotation qui a augmenté la satisfaction des résidents et la réduction du temps supplémentaire.

Il existe plusieurs politiques de gestion des ressources humaines qui ont été révisées et mises à jour pendant les derniers mois. La description des fonctions contient la description des tâches et des critères relatifs à la sécurité. Un programme d'accueil et d'orientation est en place. Un programme d'évaluation du rendement est en place et l'objectif d'évaluer l'ensemble du personnel est atteint (50 % par année) en partie. L'organisme est encouragé à poursuivre l'atteinte de cette cible.

Il faut aussi mentionner que l'organisme a fait preuve d'initiative en ayant un contrat pour effectuer du «coaching» avec le Collège Marie-Victorin pour la mise à niveau des compétences et habiletés du personnel infirmier. Cela a été apprécié par les professionnels et cela a démontré, de la part de l'organisme, son engagement, son support et sa confiance envers ses employés.

La formation est aussi très présente dans les activités du centre. Plusieurs thèmes ont été abordés en 2016 : le code jaune et la brigade d'intervention; les pansements pour les plaies de pression; la maltraitance; la prévention des infections; l'éthique professionnelle; l'éthique de gestion; les loisirs; l'alimentation de la personne âgée; la prévention des plaies de pression.

Les dossiers des employés consultés contenaient des attestations d'appartenance à l'ordre professionnel et le permis de pratique, le cas échéant. La vérification de l'existence d'un casier judiciaire pour les nouveaux employés est effectuée systématiquement ainsi que l'engagement au respect de la politique pour prévenir la violence et le harcèlement au travail et du code d'éthique. Le registre de formation contenant les sujets traités pendant l'année.

Une politique sur la prévention de la violence en milieu de travail est en place et les entretiens eu avec des employés ont démontré qu'elle est connue. Il y a aussi de la formation annuelle sur la sécurité des usagers qui est donnée aux employés avec des thématiques spécifiques pour chaque année.

Il y a de la main-d'œuvre indépendante et le taux diffère selon le titre d'emploi. Des locaux sont aménagés pour permettre au personnel de se reposer. Il y a plusieurs espaces de rencontres. Le Centre Le Cardinal n'a pas de politique pour encourager l'équilibre travail-vie privée, mais des accommodements sont faits, cas par cas, pour des situations particulières. Un comité paritaire de santé et sécurité est en place et les situations problématiques font l'objet d'un suivi rigoureux.

Les rencontres avec les familles, le résident et les employés ont permis de dégager qu'il y a un bon climat de travail et que les équipes sont dédiées à la qualité des soins aux résidents. La stabilité des ressources passe par un soutien structuré, et ce, à tous les niveaux de l'organisation. Il y a un programme de reconnaissance pour souligner la contribution des employés et des bénévoles concernant leur implication, leur autonomie, leur polyvalence et leur sentiment d'appartenance à la mission et aux valeurs de l'organisation.

L'organisme est encouragé à continuer sa collaboration avec les différentes maisons d'enseignement pour accroître leur possibilité de recrutement et de rayonnement. Il y a un partenariat intéressant avec l'Université de Montréal qui touche les soins et les services, d'ailleurs, c'est le seul centre privé-conventionné à être impliqué. L'année prochaine, l'organisme va aussi recevoir des CEPI (candidates étudiantes à la profession infirmière). C'est un autre élément positif pour le rayonnement de l'organisme qui offre des possibilités en matière de recrutement.

L'organisme à un programme d'aide aux employés. Des locaux sont aménagés pour permettre au personnel de se reposer. Il y a plusieurs espaces de rencontres. Une politique de vaccination antigrippale et antipneumococcique est en vigueur.

## Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

La gestion de la qualité est intégrée dans l'organisme, et ce, à tous les échelons. Tant le conseil d'administration que le personnel d'encadrement, les équipes, les familles et les résidents sont impliqués dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des résidents, et ce, à différentes étapes clés : l'identification des besoins, la planification de projets, leur mise en œuvre, leur évaluation et les analyses prospectives. La majorité des comités du Centre Le Cardinal regroupent des membres de l'administration et des équipes ainsi qu'un résident ou un membre de la famille, c'est le cas pour les comités de gestion des risques, de prévention et contrôle des infections, des soins et services, de gestion des médicaments, du plan des mesures d'urgence, du milieu de vie, de gestion de l'information, de coordination de la qualité et d'amélioration continue des partenaires de soins.

La sécurité et la qualité des services est une priorité pour l'organisme. Des ressources humaines et financières sont investies pour apporter des améliorations de façon continue.

La culture de la qualité de l'organisme se retrouve dans le Plan de sécurité des résidents du Centre Le Cardinal. Des indicateurs de suivi sont utilisés et des audits sont réalisés concernant les mesures implantées. Les mesures présentées sont basées sur les meilleures pratiques et de nombreuses formations pertinentes sont offertes, en lien avec les besoins exprimés et perçus par les équipes, les résidents et les familles. Par exemple, une politique sur la maltraitance et des formations ont été développées.

Les résultats des projets d'amélioration de la qualité sont évalués, suite à leur implantation, et ils sont mis en œuvre à l'échelle de l'organisme s'ils ont montré des résultats améliorant la qualité et la sécurité des interventions. La reconnaissance des personnes y ayant contribué est soulignée, notamment, en devenant des «ambassadeurs» des nouvelles façons de faire, en publiant des articles dans le bulletin «Le Point Cardinal» et par l'affichage sur des babillards.

Des plans d'urgence sont élaborés et l'information en découlant est diffusée à plusieurs endroits stratégiques de l'organisme.

La commissaire aux plaintes a été présente au courant des dernières années : environ deux rencontres, par année, sont organisées, lors des déjeuners-causeries. Des rencontres individuelles ont aussi lieu et un dépliant à cet effet se retrouve dans la pochette d'accueil des résidents. Il serait néanmoins important de s'assurer que l'information écrite, donnée aux résidents et aux familles, soit facile à comprendre.

La transparence de l'organisme est à souligner concernant la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents. Le processus mis en place pour la déclaration est clair et il est connu des équipes, des résidents et des familles, et ce, grâce à l'élaboration d'une formation sur le sujet. En analysant les incidents et les accidents, la déclaration permet une amélioration de la qualité des soins et services dans l'organisme. Néanmoins, comme dans le dernier rapport d'Agrément Canada de 2012, le dernier sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers montre, entre autres, que près de la moitié des membres du personnel craignent de faire face à des mesures disciplinaires imposées par la direction s'ils ont commis une erreur grave et pensent qu'ils peuvent perdre leur emploi. L'organisme est encouragé à poursuivre ses efforts d'une approche formative sur la culture de non-blâme.

La politique sur le bilan comparatif des médicaments est en place et les rôles de chacun sont bien établis. Les intervenants concernés reçoivent de la formation.

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

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

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

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

Le Centre Le Cardinal est soucieux de la qualité des soins et des services ainsi que la sécurité de sa clientèle. Au cours des dernières années, des nouveaux processus de prise de décision ont été mis en place. L'organisation a élaboré un nouveau cadre conceptuel en éthique. Un code d'éthique est systématiquement donné à tous les nouveaux employés, les résidents, les familles et aux bénévoles. Il est aussi affiché sur les unités de vie. L'organisme est encouragé à le déposer sur son site Web organisationnel. Les commentaires des résidents et des familles, de même que les constatations des visiteurs, permettent d'affirmer que la confidentialité est respectée. Les employés signent une déclaration d'allégeance concernant la confidentialité. Ce formulaire se retrouve au dossier de l'employé.

Le personnel connaît la procédure pour avoir de l'information qui touche un dilemme éthique ou pour faire face aux problèmes et à des préoccupations liées à l'éthique. Dans ces cas, le personnel se réfère à leur supérieur immédiat. Des capsules de formation de base en éthique ont été données aux employés. Il y a aussi la possibilité de faire appel à un conseiller en éthique si le besoin se présente.

Plusieurs activités thématiques sont organisées pour sensibiliser le personnel et les familles sur l'éthique. À titre d'exemple : des séances sur la démence avancée; le code d'éthique au quotidien; le soutien du proche aidant ainsi que d'autres formations.

Un programme de fin de vie est élaboré et de la formation est donnée. Les niveaux de soins sont systématiquement discutés avec la famille, à l'admission, ou quand la situation du résident change. Des situations impliquant les problèmes de dysphagie et le recours aux contentions sont discutées avec la famille. L'organisme adopte la philosophie d'intervention de ne pas avoir de contention et de privilégier les mesures alternatives. Ces informations font aussi partie de la documentation incluse dans le Guide d'accueil du résident.

Il n'y a pas de recherche qui s'effectue dans ce centre.



## Processus prioritaire : Communication

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

Un nouveau plan de communication est sur le point d'être adopté. Ce plan précise les rôles et responsabilités de chacun et il encourage une communication transparente, basée sur la consultation et le travail en équipe. Il touche tant les groupes internes qu'externes et vise principalement trois objectifs : faire connaître la mission, la vision et les valeurs de l'organisation; être un levier essentiel pour atteindre les objectifs organisationnels; coordonner les communications et la diffusion de l'information aux résidents, aux familles, au personnel, aux stagiaires, aux gestionnaires, aux bénévoles et aux partenaires.

Le plan de communications énumère les fiches thématiques qui ont des objectifs spécifiques pour les différents publics cibles (usagers, familles, personnel, communauté, instances publiques et autres parties prenantes). Le plan de communication pourrait appuyer davantage la mise en œuvre du plan stratégique. Il est suggéré d'y attacher un indicateur mesurable pour permettre l'évaluation, en temps et lieu, de l'outil utilisé pour rejoindre les publics cibles et l'attente de ses objectifs. Cela permettrait des ajustements de stratégie sur une base objective. Le comité de gestion de l'information est fonctionnel et il inclut la participation d'un résident. L'organisme est encouragé à poursuivre la publication de son bulletin interne «Le Point Cardinal» qui contient des informations variées et pertinentes pour l'employé, le résident et sa famille. Le calendrier des loisirs est aussi bien en vue pour encourager la participation à ces activités variées et de qualité. Il y a aussi des tableaux d'affichage pour les différents comités en fonction, au Centre Le Cardinal, ils sont concentrés dans une zone appelée le «Carrefour de l'information».

Le Guide d'accueil du résident et de la famille, le Guide d'accueil de l'employé et le Guide d'accueil du bénévole contiennent des informations pertinentes et utiles. Des conversations avec les résidents et la famille, en regard du partage de l'information, ont permis de confirmer que ce canal est fonctionnel et qu'il est apprécié. Les entretiens téléphoniques avec les partenaires du réseau et des organismes communautaires externes ont permis d'apprécier la bonne collaboration à l'égard du partage d'information et la facilité de la collaboration entre eux.

Un sondage sur la communication a été effectué à l'automne 2015. Il a permis de dégager des zones d'amélioration qui ont fait l'objet d'un suivi de la part des gestionnaires, notamment, la révision de la structure des rencontres d'équipe. Pour les résidents et sa famille, un sondage à trois mois de l'admission a permis de vérifier la pertinence et la validité des informations qui sont distribuées à l'admission. Des correctifs ont été apportés sur ce point.

Les communications entre les employés et le personnel d'encadrement sont ouvertes. Plusieurs mécanismes sont mis de l'avant pour prendre en compte les opinions du personnel. Il y a très peu de griefs. L'organisme fait la promotion d'une gestion qui favorise les contacts fréquents entre les gestionnaires et les équipes. Une action intéressante c'est que l'équipe de gestion participe à une tournée de veille, tous les trois (3) mois pour identifier les risques potentiels, ce qui fait que les équipes sont imprégnées d'une culture de sécurité.

Pour le volet informatique, le développement entrepris pour harmoniser et améliorer la cohérence de l'information, diffusée aux employés et à la communauté, est encouragé. L'amélioration du site Web fait partie des objectifs du plan stratégique ainsi que le développement d'outils informatiques sur les unités de soins. Il y a un souci, parmi le personnel, pour la sécurité de l'information et la préservation de la confidentialité. L'organisme est encouragé à poursuivre l'informatisation des différents secteurs. Le plan stratégique (2016-2021) tient compte de ce besoin.

## 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)

L'environnement est pensé en fonction des résidents et il permet au personnel de travailler aisément.

Le milieu est sécuritaire, propre et invitant. Au cours des années, des modifications ont été apportées aux lieux physiques afin de rehausser le rendement du personnel pour les services de buanderie et alimentaires. Enfin, afin de respecter la confidentialité de l'information sur la clientèle, les postes de travail sont maintenant vitrés et fermés.

Les résidents jouissent d'un milieu de vie exceptionnel sur le bord du fleuve Saint-Laurent. De plus, plusieurs activités de loisirs y sont offertes afin qu'ils puissent en bénéficier.

L'atmosphère est apaisante.

Les espaces sont vastes et très propres. Ils sont munis de systèmes de verrouillage de portes modernes, de système de détection des fugeurs, d'un panneau d'alarme incendie qui est accessible et relié à l'ensemble des unités et services. Le bâtiment est entièrement giclé.

Un plan de sécurité 2016-2017 a été élaboré et il a été diffusé. La culture de sécurité est omniprésente.

Aux trois mois, le bulletin «Le Point Cardinal», diffusé dans l'ensemble de l'organisation, relate les faits sur toutes les activités réalisées.

Les résidents soulèvent l'importance des grands espaces qui permettent des activités de loisirs diversifiées et qui offrent des espaces communautaires hors du commun. Une salle de recueillement leur permet d'avoir des moments d'une grande quiétude et le service des loisirs répond grandement à leurs attentes.

## Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.

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

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

Le Plan des mesures d'urgence (PMU) a récemment fait l'objet d'une mise à jour en collaboration avec leur partenaire, le CIUSSS (Centre intégré universitaire de santé et services sociaux) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

La culture de sécurité est implantée et véhiculée dans l'ensemble des services.

Les politiques et procédures font l'objet de mise à jour selon les besoins ou les changements demandés, lors des évaluations des exercices réalisés, afin de contribuer à l'amélioration continue de la qualité.

Le PMU décrit clairement les rôles et responsabilités de chacun.

Au quotidien, et ce de jour, de soir et de nuit, les brigades d'interventions, sont identifiés et inscrites sur des registres de présences. De cette manière, l'équipe est disposée à intervenir en tout temps en cas de sinistre.

À noter que les membres du personnel reçoivent de la formation continuellement. Des capsules ou kiosques d'information se font plusieurs fois par année. Des thèmes sont choisis mensuellement et les résidents, comme les répondants présents, peuvent y participer. Un registre des présences fait foi de ces réalisations.

La collaboration de l'ensemble des équipes contribue à l'harmonisation des pratiques.

Une partie de la diffusion de l'information concernant les activités reliées au PMU se fait aussi par l'entremise du bulletin «Le Point Cardinal» afin de rejoindre les résidents et les membres de famille.

## Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

En ce qui a trait à ce processus, aucun obstacle ne se dresse pour empêcher une éventuelle admission. Compte tenu des récents changements du système de santé du MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux), leur nouveau partenaire est maintenant le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Un nouveau mécanisme de coordination des admissions a succédé à celui de l'Agence régionale de santé et des services sociaux de Montréal.

L'organisme est d'avis qu'une nette amélioration du processus de coordination en découle. Aujourd'hui, tout se fait rapidement et par voie électronique (avis de mouvement, fiche d'information sur le nouveau résident et dossier du résident). L'équipe de coordination des admissions est efficace et disponible en plus d'offrir un support constant à l'organisme.

Un guide d'accueil des nouveaux résidents est transmis lors de l'admission. Il contient une multitude d'informations pouvant soutenir les membres de familles sur l'information des soins et services offerts. Le processus d'accueil est empreint d'empathie de la part du personnel. Les résidents mentionnent que ce processus d'accueil est excellent bien que l'information soit abondante.

Pour s'assurer de la satisfaction de la clientèle, face aux soins et services, un questionnaire de satisfaction est posté aux répondants trois mois après l'admission afin qu'ils le complètent. S'ils n'y répondent pas, un suivi téléphonique est fait. Les données sont compilées, analysées et servent de levier à l'amélioration continue de la qualité des services.

Bien que l'information sur le processus de traitement des plaintes soit transmise aux résidents, au cours de l'admission, les membres de la famille souhaiteraient avoir des explications plus claires à ce sujet.

## Processus prioritaire : Équipement et dispositifs médicaux

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

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

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

L'organisme fait partie des achats de groupe du MSSS.

Les politiques et procédures font l'objet d'une mise à jour, tous les trois ans.

Lors d'acquisition d'équipements, une formation est offerte systématiquement au personnel et à tout nouvel employé. Cette formation est aussi offerte lors de l'orientation des nouveaux employés.

Un plan de modernisation des équipements est en place.

Un programme d'entretien préventif élaboré, il sert de levier pour maintenir un niveau de qualité et un entretien continu des équipements.

Des tournées environnementales se font systématiquement, tous les trois (3) mois, afin que l'équipe relève tout bris ou toutes anomalies. Lors de ces tournées, un membre d'un autre service se joint à la direction des services techniques pour les soutenir dans cette démarche.

Des guides d'entretien des équipements sont conçus et mis à la disposition de l'ensemble du personnel, et ce, pour assurer le suivi au quotidien. Les rôles et responsabilités de chacun sont bien définis.

L'entretien des équipements se fait entièrement à l'interne.

Un comité de gestion des risques est en place et il se réunit tous les trois (3) mois.

## Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

### Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

- Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

### Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

- Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

### Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### Compétences

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

### Épisode de soins

- Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.

### Aide à la décision

- Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.

### Impact sur les résultats

- Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.

## Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service

| Critère non respecté   | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections</b> |                            |

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

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

Le programme de prévention des infections a été revu et mis à jour en se basant sur les meilleures pratiques.

Un partenariat avec le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal est venu rehausser leur pratique puisque des conseillères sont disponibles et les soutiennent dans leur démarche.

Un comité de prévention et contrôle des infections est en place et des résidents y participent. Il est composé de membres des différents services.

La formation, sous forme de capsules, se réalise régulièrement. Un registre des présences fait foi du nombre important d'employés qui ont participé à ces formations, et ce, dans l'ensemble des services.

Les outils développés pour assurer le suivi des éclosions sont bien faits et ils sont accessibles pour débiter les techniques, et ce, aussitôt qu'une éclosion est soupçonnée.

Le travail se fait en équipe, le personnel, les résidents et les familles reconnaissent tous les efforts mis en application pour contrer ces éclosions. Des suivis se font de manière rigoureuse et le comité de gestion des risques et celui de la prévention et contrôle des infections sont très actifs.

Des informations sur certaines infections sont mises à la disposition des résidents et des familles.

L'établissement est muni de nombreux distributeurs de solution hydro alcoolique, et ce, dès l'entrée dans les lieux.

Des audits sur le port des gants et l'hygiène des mains ont été réalisés toutes les années. D'ailleurs, les résultats démontrent une augmentation de la fréquence du lavage des mains et une diminution de l'usage des gants.

Le suivi des indicateurs de qualité est un souci constant pour l'organisme.



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

| Critère non respecté   | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments</b> |                            |

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

| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)                         |
|--|
| <b>Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments</b> |

Le service de pharmacie est externe à l'organisation. La structure de gestion en place est bien adaptée aux besoins.

L'organisme s'est doté d'une structure répondant aux besoins de la clientèle. Une pharmacienne est présente, une journée semaine, elle demeure disponible en tout temps. Un service de garde est assuré de soir de nuit et de fin de semaine.

Les politiques et les procédures, essentielles au respect des meilleures pratiques, ont été révisées et elles sont mises à la disposition du personnel qui les apprécie grandement.

Un comité de gestion des médicaments, dont un résident fait partie, se rencontre quatre (4) fois l'an pour s'assurer du bon fonctionnement des processus. Différents audits sont réalisés afin de procéder régulièrement à l'amélioration continue de la qualité du service.

Les pharmacies d'étage sont bien rangées et propres. Le service est organisé et structuré et répond aux besoins de l'organisation. Une pharmacie d'urgence est en place et elle est sous le contrôle exclusif de la pharmacienne.

De plus, il faut noter que le travail en interdisciplinarité est une force, mais que l'équipe médicale est tout de même restreinte.

Un effort constant est mis de l'avant pour la surveillance des charriots à médicaments. Les infirmières sont sensibilisées à l'importance de les verrouiller en tout temps.

Il a été observé que lors d'une admission, le personnel infirmier devait retranscrire, de façon manuscrite, la liste des médicaments du résident admis, et ce, même si la liste reçue est informatisée et mise à jour (BCM) par l'établissement de santé qui le transfert. Il est suggéré de revoir cette pratique afin d'éviter les erreurs.

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

| Critère non respecté                               | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b> |                            |

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

|  |
|--|
| <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> |
|---|

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

|   |
|---|
| <b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b> |
|---|

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

|   |
|---|
| <b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b> |
|---|

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

|   |
|---|
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b> |
|---|

|  |
|--|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b> |
|--|

Ces dernières années, plusieurs comités de travail ont été mis sur pied dans lesquels sont intégrés des employés de tous les services.

Afin d'impliquer davantage les membres des équipes, des mandats leur sont confiés, selon leur préférence, notamment au niveau des soins infirmiers. Ils sont impliqués dans certaines décisions. Cette reconnaissance a contribué à leur mieux-être et ils sont fiers de ce changement.

De plus, des rencontres d'équipe ont lieu tous les jours, et ce, sur tous les quarts de travail.

Les stagiaires contribuent grandement au soutien des équipes de soins et des autres services dans l'organisation, tels que les loisirs.

|  |
|--|
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b> |
|--|

Les intervenants identifient l'interdisciplinarité comme étant une force des équipes cliniques. La collaboration de l'ensemble des professionnels est fluide et elle est appréciée.

Un comité, entre autres, travaille au maintien et au rehaussement des compétences, notamment, le comité de développement de la pratique professionnelle où les infirmières et infirmières auxiliaires se côtoient.

De plus, comme il est partie intégrante de l'équipe de soins, le préposé aux bénéficiaires sera impliqué dans les rencontres sur l'élaboration du PII (Plan d'intervention interdisciplinaire) des résidents, sous peu. Il est reconnu comme étant la personne pouvant contribuer aux plans d'intervention individualisés du résident.

La direction a mis en place un système de suivi des apprentissages, pour faire suite aux formations reçues. Des évaluations cliniques sont réalisées. Le programme de préceptorat est en cours et des porteurs de dossiers sont nommés à l'intérieur des équipes de soins afin de soutenir l'harmonisation des bonnes pratiques.

### **Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les programmes de soins sont bien implantés et ils sont suivis rigoureusement. Le processus d'accueil des résidents est reconnu par ces derniers comme étant exceptionnel. Pour finaliser ce processus, l'organisme a mis en place une enquête de satisfaction dans le but d'évaluer la qualité de ce dernier. En effet, des formulaires sont acheminés à tout nouveau résident et répondant. Les données sont analysées et servent de levier pour l'amélioration continue de ce programme.

Des efforts constants sont faits par l'équipe pour comprendre les attentes des résidents et des familles. La famille est au cœur de leurs préoccupations. D'ailleurs, les résidents ont souligné les qualités humaines des employés. Ils se sentent respectés encadrés et appréciés.

La culture de mesures et le travail d'équipe sont intégrés dans le travail, et ce, au quotidien.

### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'équipe de soins a accès aux méthodes de soins informatisées pour s'assurer l'accessibilité aux meilleures pratiques. Il n'y a pas de système clinique de gestion informatisé du dossier du résident. Presque tout se fait de façon manuscrite.

Cependant, le personnel infirmier travaille avec le dossier santé (DSQ) avec des codes d'accès personnalisés afin de recevoir les résultats des examens, de radiologie, de laboratoires, et autres données cliniques, en temps opportun.

Des membres du personnel souhaiteraient que la direction considère l'implantation d'un logiciel de soins, par exemple, le logiciel CLINIBASE, pour faciliter leur travail, imprimer les plans de travail du personnel au jour le jour et sortir des données utiles à leur travail.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'organisme met en œuvre plusieurs processus de vérification pour évaluer les activités à risques élevés liés aux soins et services.

Le travail d'équipe est une force de cette organisation.

Un plan d'action, sur la gestion des risques, a permis d'intégrer ces processus à l'ensemble de l'organisation.

Les plans d'action sont élaborés en tenant compte des résultats obtenus dans toutes les sphères des activités qui sont faites au sein de l'organisme.

## 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.

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

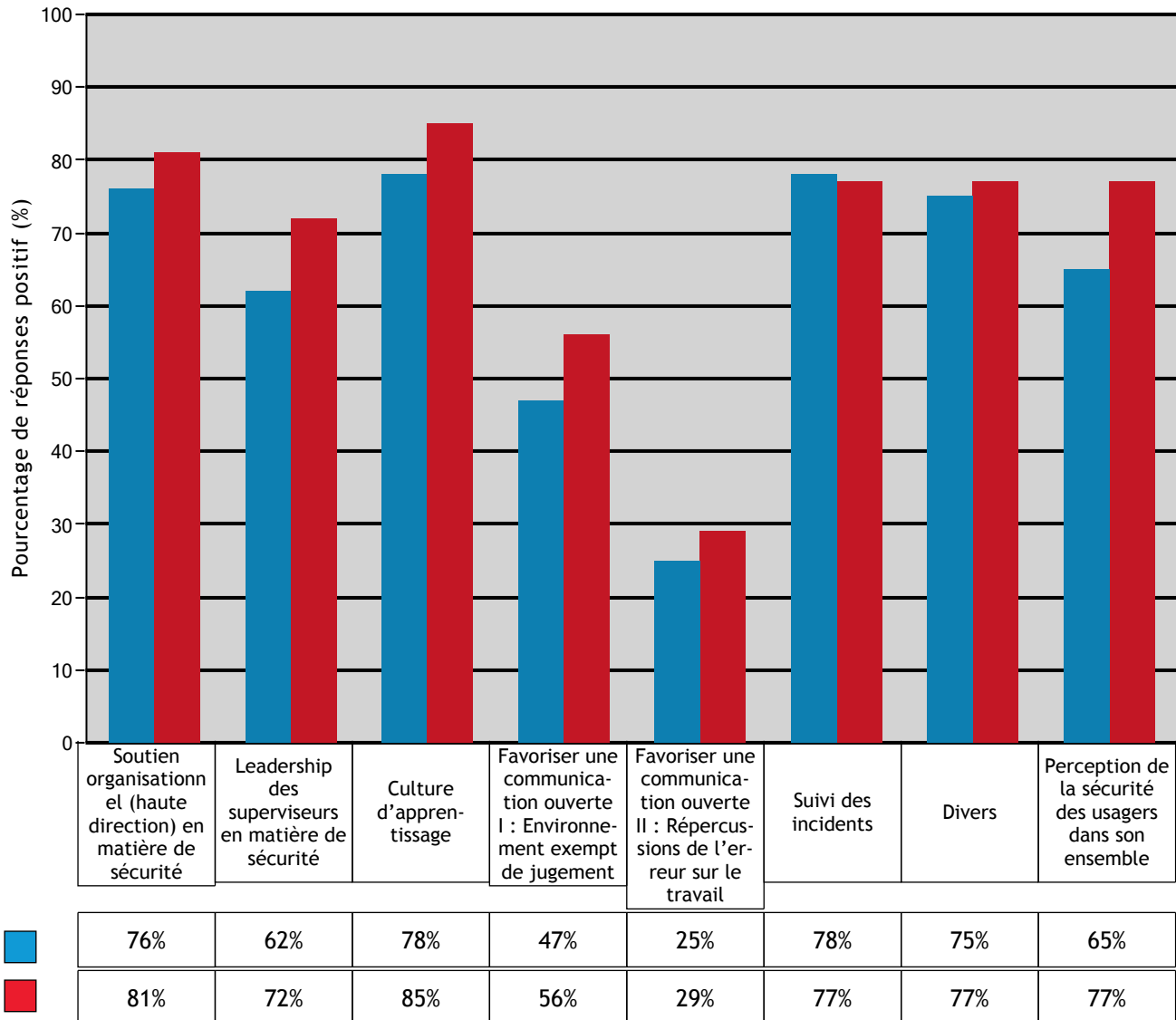
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 9 juin 2015 au 6 novembre 2015**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 69**
- **Nombre de réponses : 101**

**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**

- Centre Le Cardinal Inc.
- \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

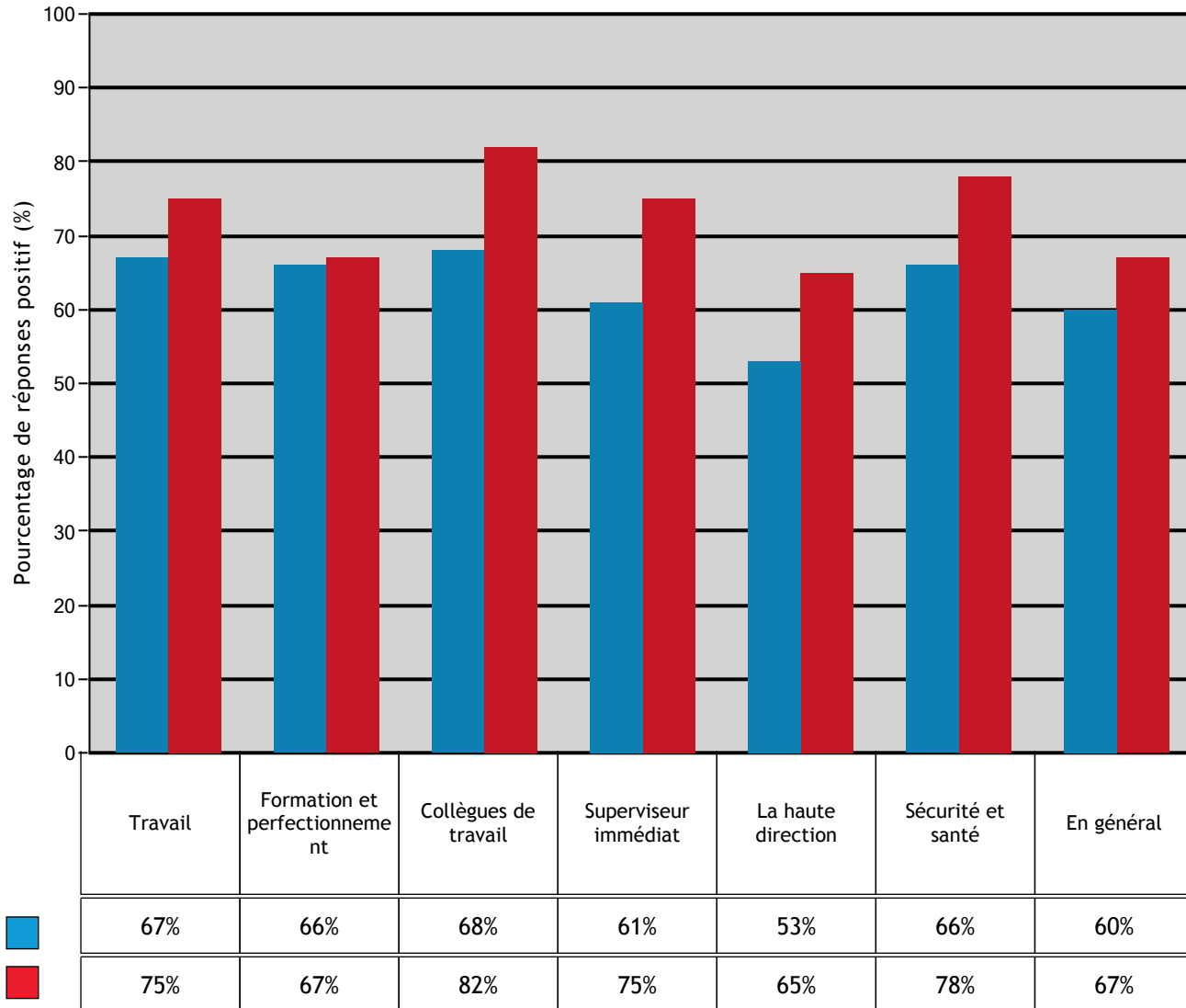
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend un instantané de la qualité de vie au travail.

Les organismes peuvent utiliser les constatations qui découlent du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail pour cerner les points forts et les lacunes dans la qualité de vie au travail, inciter leurs partenaires à participer aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier les interventions pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement comment la qualité de vie au travail a une influence sur la capacité de l'organisme d'atteindre ses buts stratégiques. En se concentrant sur les mesures à prendre pour améliorer les déterminants de la qualité de vie au travail mesurés au moyen du sondage, les organismes peuvent améliorer leurs résultats.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- **Période de collecte de données : 9 juin 2015 au 6 novembre 2015**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 98**
- **Nombre de réponses : 99**

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



Légende

- Centre Le Cardinal Inc.
- \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

### Planification des mesures à prendre

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

### Évaluation des preuves et amélioration continue

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

## Annexe B - Processus prioritaires

### Processus prioritaires qui se rapportent aux normes qui touchent l'ensemble du système

| Processus prioritaire   | Description  |
|---|--|
| Capital humain  | Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.  |
| Cheminement des clients   | Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.                                  |
| Communication   | Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.   |
| Environnement physique  | Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.                            |
| Équipement et dispositifs médicaux                                  | Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.  |
| Gestion des ressources  | Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.   |
| Gestion intégrée de la qualité                                      | Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.      |
| Gouvernance   | Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.   |
| Planification et conception des services                            | Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies. |
| Préparation en vue de situations d'urgence                          | Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.   |
| Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes | Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.   |

## Processus prioritaires qui se rapportent à des normes relatives à des populations spécifiques

| Processus prioritaire               | Description   |
|-------------------------------------|---|
| Gestion des maladies chroniques     | Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique. |
| Santé et bien-être de la population | Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.                      |

## Processus prioritaires qui se rapportent aux normes sur l'excellence des services

| Processus prioritaire                       | Description   |
|---|---|
| Aide à la décision                          | Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.  |
| Analyses de biologie délocalisées           | Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.   |
| Banques de sang et services transfusionnels | Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.  |
| Compétences                                 | Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.   |
| Don d'organes (donneur vivant)              | Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do |
| Dons d'organes et de tissus                 | Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.   |
| Épisode de soins                            | Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.   |

| Processus prioritaire                  | Description  |
|--|--|
| Épisode de soins primaires             | Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.   |
| Gestion des médicaments                | Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.  |
| Impact sur les résultats               | Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.   |
| Interventions chirurgicales            | Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.                               |
| Leadership clinique                    | Diriger et guider les équipes qui offrent les services.  |
| Prévention des infections              | Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.                                   |
| Santé publique                         | Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé. |
| Services de diagnostic – Imagerie      | Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.                  |
| Services de diagnostic – Laboratoire   | Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.                           |
| Transplantation d'organes et de tissus | Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.   |