



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

**Résidence Angelica inc.**

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 30 octobre au 1 novembre 2017

Date de production du rapport : 23 novembre 2017

## Au sujet du rapport

Résidence Angelica inc. (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en octobre 2017. 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 gestionnaire de programme.

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>10</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	11
Processus prioritaire : Gouvernance	11
Processus prioritaire : Planification et conception des services	13
Processus prioritaire : Gestion des ressources	14
Processus prioritaire : Capital humain	15
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	17
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	18
Processus prioritaire : Communication	19
Processus prioritaire : Environnement physique	20
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	21
Processus prioritaire : Cheminement des clients	22
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	23
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	24
Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	25
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	26
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	28
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	<b>32</b>
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	32
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers	36
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	38
Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	40

<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>41</b>
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	<b>42</b>

## Sommaire

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

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

Résidence Angelica inc. 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 : 30 octobre au 1 novembre 2017**

- **Emplacement**

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

1. Résidence Angélica

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

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

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









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers
3. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
4. 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.)	25	2	1	28
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	11	0	0	11
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	157	0	7	164
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	60	0	1	61
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	73	2	0	75
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	9	0	0	9
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	241	2	3	246
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	22	0	0	22
<b>Total</b>	<b>598</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>616</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 (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
Gouvernance	49 (98,0%)	1 (2,0%)	0	34 (94,4%)	2 (5,6%)	0	83 (96,5%)	3 (3,5%)	0
Leadership	50 (100,0%)	0 (0,0%)	0	92 (96,8%)	3 (3,2%)	1	142 (97,9%)	3 (2,1%)	1
Prévention et contrôle des infections - Organismes extra-hospitaliers	31 (100,0%)	0 (0,0%)	3	47 (100,0%)	0 (0,0%)	0	78 (100,0%)	0 (0,0%)	3
Gestion des médicaments - Organismes extra-hospitaliers	62 (100,0%)	0 (0,0%)	4	57 (100,0%)	0 (0,0%)	0	119 (100,0%)	0 (0,0%)	4
Soins de longue durée	54 (100,0%)	0 (0,0%)	1	99 (100,0%)	0 (0,0%)	0	153 (100,0%)	0 (0,0%)	1
<b>Total</b>	<b>246 (99,6%)</b>	<b>1 (0,4%)</b>	<b>8</b>	<b>329 (98,5%)</b>	<b>5 (1,5%)</b>	<b>1</b>	<b>575 (99,0%)</b>	<b>6 (1,0%)</b>	<b>9</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>			
Divulgation 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
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	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 (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Formation sur les pompes à perfusion (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévenir la congestion au service des urgences (Leadership)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Processus de retraitement (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
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
Stratégie de prévention des chutes (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

## 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 Résidence Angelica est l'oeuvre de la Congrégation des Sœurs de Charité de Sainte-Marie. L'organisme comporte un centre d'hébergement et de soins et de longue durée (CHSLD) privé conventionné, ainsi qu'un centre de jour. L'établissement est situé sur un seul emplacement, au 3435 boul. Gouin Est, à Montréal. Il opère 350 lits d'hébergement en CHSLD et accueille jusqu'à 60 usagers par jour au centre de jour. La résidence compte 500 employés, 5 médecins et 30 bénévoles. Le budget annuel est de 29 M\$ millions de dollars.

Le conseil d'administration de la Résidence Angelica démontre un haut niveau d'engagement et témoigne d'une grande sensibilité à l'égard des besoins des résidents et des usagers. Un règlement sur la régie interne et plusieurs politiques encadrent le fonctionnement du conseil d'administration. Ses comités permanents sont actifs et répondent à leur mandat. Le conseil d'administration s'est impliqué dans la détermination des valeurs de l'organisation et l'élaboration du plan stratégique quinquennal (2016-2021). Il veille également à la réalisation des plans opérationnels qui en découlent. Les membres du conseil ont accès de manière régulière à l'information nécessaire pour mesurer la performance de l'organisation et appuyer leurs décisions (tableau de bord de gestion, rapports financiers). Le conseil d'administration soutient les efforts pour le développement d'une approche de soins centrée sur l'utilisateur et la famille (SCUF). On l'encourage à endosser formellement cette orientation dans ses priorités stratégiques.

La Résidence Angelica a établi de solides relations avec de multiples partenaires communautaires, institutionnels et associatifs. L'établissement est associé de près au CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal, tout particulièrement en ce qui a trait aux mécanismes d'accès à l'hébergement. La Résidence Angelica est soucieuse d'agir de manière concertée et complémentaire avec les organismes communautaires et les autres établissements de santé de son territoire local et régional. Des ententes inter-établissements sont convenues avec d'autres résidences, notamment en ce qui concerne la garde médicale et les services de pharmacie. Les partenaires sondés témoignent d'une collaboration exemplaire, d'un esprit d'ouverture et d'une volonté d'implication dans des initiatives de réseautage.

L'équipe de direction de la Résidence Angelica a clairement défini son plan d'organisation. La structure organisationnelle chapeaute l'ensemble des activités cliniques et administratives et les liens sont fonctionnels. L'équipe de direction possède une vision claire de ses principaux défis, en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement. Le souci de la performance est bien présent et il allie les préoccupations financières, de qualité et de sécurité. L'administration a établi une saine collaboration avec l'équipe médicale au bénéfice de l'atteinte des objectifs organisationnels.

En matière de gestion des ressources humaines, la Résidence présente un climat de travail sain. Un programme de prévention de la violence, de même qu'un programme d'appréciation de la contribution ont été mis en place. Toutefois, les pratiques d'évaluation du rendement devraient être systématisées dans

l'ensemble de l'organisation. Pour favoriser un bon climat de travail, plusieurs activités de reconnaissance et de valorisation sont offertes au personnel (souper reconnaissance pour les 20, 25, 30, 35 et 40 ans de services et les départs à la retraite, souper de Noël, journée spécifique pour chaque catégorie d'emploi). Divers indicateurs de gestion (tableau de bord) permettent de veiller de manière continue à l'atteinte des résultats relatifs aux différentes fonctions de gestion des ressources humaines. Il importe de souligner les efforts consentis à la réorganisation du travail, la diminution du recours à la main-d'œuvre indépendante, la gestion rigoureuse des dossiers de santé et sécurité au travail, ainsi que de l'assurance-salaire. Des activités de formation ou de perfectionnement favorisent la mise à jour et le développement des compétences, tout en respectant les ententes syndicales. On encourage l'organisme à formaliser un plan de développement des ressources humaines (PDRH) pour l'ensemble de l'organisation, en s'assurant de l'alignement avec les priorités stratégiques.

La Résidence Angelica est soucieuse d'adapter les soins et services aux besoins des résidents et des usagers. Le renouveau au sein de la direction des soins infirmiers a contribué à l'introduction de nouvelles pratiques, à la formalisation des documents d'orientation et des outils de travail pour les programmes cliniques, en mettant toujours au centre de leurs préoccupations, les résidents et les familles. Soulignons particulièrement le programme clinique de soins de fin de vie, d'autant plus qu'il a été élaboré de concert avec les résidents et les familles. Ce même vent de changement, a également des impacts positifs sur les activités de prévention et de contrôle des infections (PCI). Tous les services connexes sont mis à contribution dans les initiatives de PCI. On procède à de nombreux audits, sans hésiter à réévaluer les pratiques. Les services alimentaires se démarquent par une organisation rigoureuse et jouent un rôle significatif dans l'implantation de l'approche milieu de vie. Les services d'hygiène, de salubrité et de buanderie ont revu leurs méthodes de travail dans une optique de prévention et de contrôle des infections, tout en s'impliquant dans les activités quotidiennes des résidents et des familles.

L'organisation démontre une excellente ouverture face à l'approche de soins centrés sur l'utilisateur et la famille (SCUF). Les résidents et les familles sont intégrés dans les discussions cliniques concernant leur plan d'intervention. Plusieurs initiatives réalisées à ce jour démontrent une volonté de collaborer plus étroitement avec les résidents et les familles. Des sondages de satisfaction de la clientèle sont administrés et l'information recueillie est utilisée dans la prise de décision au plan clinique et administratif. Un défi demeure en regard de la clarification de l'approche SCUF et les liens avec le concept de milieu de vie. On encourage l'organisme à endosser formellement l'approche SCUF dans ses priorités stratégiques et à renforcer les partenariats avec les résidents et les familles, notamment en ce qui concerne les décisions liées à la gestion.

## 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 : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Gouvernance</b>	
5.4 Le conseil d'administration surveille et évalue les initiatives de l'organisme pour élaborer et maintenir une culture de soins centrés sur les usagers et leur famille.	!
11.3 Le conseil d'administration collabore avec le DG pour établir, mettre en oeuvre et évaluer un plan de communication pour l'organisme.	
11.4 Le plan de communication comprend des stratégies visant à transmettre les principaux messages aux usagers et à leur famille, aux membres de l'équipe, aux parties prenantes et à la communauté.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Un règlement sur la régie interne encadre le fonctionnement du conseil d'administration et un code de déontologie a été adopté pour ses membres. Des activités sont prévues pour l'intégration et la formation continue des administrateurs.

Le conseil d'administration est mis à contribution pour la détermination des valeurs de l'organisation et le choix des priorités stratégiques. Il s'est doté de plusieurs comités (vérification, gouvernance et éthique, gestion des risques, vigilance et de la qualité, et autres), ils remplissent bien leur mandat.

Le conseil est informé régulièrement des accidents et des incidents qui se produisent dans la Résidence, ainsi que des mesures préventives et correctives qui en découlent. Les membres du conseil ont accès de manière régulière à l'information nécessaire pour bien mesurer la performance et appuyer les décisions (tableau de bord de gestion, rapports financiers).



Le conseil d'administration appuie les efforts pour développer une approche de soins centrée sur l'utilisateur et la famille (SCUF). On l'encourage à endosser formellement cette orientation dans ses priorités stratégiques.

## 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)

La mission, la vision et les valeurs de l'organisation sont bien définies. Les personnes rencontrées et les actions observées reflètent bien les valeurs de l'organisation.

Le plan stratégique et les plans opérationnels sont alignés et pertinent. Ils tiennent compte des besoins de la clientèle, de la population et des attentes des partenaires. Il existe des systèmes et des outils permettant de suivre l'actualisation des plans opérationnels.

Bien que l'orientation clientèle et l'approche milieu de vie teintent les actions de l'organisme, l'approche de soins centrés sur l'utilisateur et les familles (SCUF) ne constitue pas un principe directeur du plan stratégique. Il importe de refléter cet engagement de manière formelle dans les orientations stratégiques.

## 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)

L'établissement a élaboré une politique d'allocation des ressources qui balise l'allocation des ressources en fonction de la mission de l'établissement et dans le respect de l'équilibre budgétaire. La planification, le contrôle et le suivi financier sont exercés de manière rigoureuse et structurée.

L'établissement a entrepris une démarche de décentralisation du suivi budgétaire. Les responsabilités de suivi budgétaire et de justification des écarts sont principalement assumées par l'équipe de direction. Les gestionnaires ont récemment obtenu un accès direct à leurs états financiers. D'ici 2018, les responsabilités de suivi budgétaire seront portées par l'ensemble de l'équipe de gestion. Les gestionnaires ont récemment reçu de la formation à cet effet et des mesures d'accompagnement sont prévues. On encourage l'organisme à compléter cette transition.

Un plan triennal des équipements est élaboré et révisé aux ans. La priorisation tient compte de divers critères, notamment les orientations stratégiques, les recommandations du Ministère et les normes de santé et de sécurité au travail.

Les projets d'immobilisation sont priorisés sur une base annuelle avec l'aide de l'équipe de direction. Certains travaux sont réalisés à même le budget de fonctionnement. Des demandes de financement sont adressées au MSSS lorsqu'elles correspondent aux priorités ministérielles (ex: modernisation du service alimentaire).

On a procédé récemment à une analyse opérationnelle en hygiène et salubrité. Des ajustements des routes de travail dans une optique de qualité en découlent.

## Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
10.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts dans l'ensemble de l'organisme pour favoriser et améliorer la culture de soins centrés sur l'utilisateur et la famille.	

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

Un programme de prévention de la violence, de même qu'un programme d'appréciation de la contribution ont été mis en place. Les pratiques d'évaluation du rendement ne sont toutefois pas systématisées dans l'ensemble de l'organisation.

Plusieurs indicateurs de gestion (tableau de bord) permettent de veiller de manière continue à l'atteinte des résultats relatifs aux différentes fonctions de gestion des ressources humaines. Au chapitre de la performance, notons les efforts consentis à la réorganisation du travail et la diminution significative du recours à la main-d'œuvre indépendante. Soulignons également la gestion rigoureuse des dossiers de santé et sécurité au travail, ainsi que de l'assurance salaire.

L'organisme reconnaît que la dotation des postes représente un défi. Il est encouragé à explorer des partenariats avec des maisons d'enseignement pour favoriser l'accueil de stagiaires dans les domaines où le recrutement s'avère plus difficile.

Le sondage Pulse sur la qualité de vie au travail a été administré en 2016 et un plan d'action a été élaboré pour corriger les aspects à améliorer. Pour favoriser un climat de travail sain, plusieurs activités de reconnaissance et de valorisation sont offertes au personnel (souper reconnaissance pour les 20, 25, 30, 35 et 40 ans de services et les départs à la retraite, souper de Noël, journée spécifique pour chaque catégorie d'emploi).

Des activités de formation ou de perfectionnement favorisent la mise à jour et le développement des compétences, tout en respectant les ententes syndicales. Toutefois, on encourage l'organisme à formaliser un plan de développement des ressources humaines en s'assurant de la concordance avec les priorités stratégiques de l'organisation et en veillant sur un accès équitable aux activités de perfectionnement.

Les processus de gestion des ressources bénévoles sont bien structurés et des activités de formation continue sont offertes. On encourage l'organisme à poursuivre les initiatives visant à développer l'accueil d'étudiants bénévoles pour intensifier son offre de services.

La tenue des dossiers du personnel et des bénévoles est gérée de manière complète et ordonnée.

## 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)

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des résidents et des usagers constitue une priorité stratégique. L'établissement a élaboré un plan intégré d'amélioration de la qualité découlant des recommandations de la dernière visite d'agrément, des visites ministérielles et des inspections professionnelles.

Le récent exercice d'auto-évaluation et l'administration de différents sondages (culture de la sécurité, qualité de vie au travail, satisfaction de la clientèle) ont mené à la rédaction d'autres plans d'actions spécifiques à un secteur de normes ou à un objet de sondage. On encourage l'organisation à intégrer l'ensemble de ces plans et à associer aux différentes actions des cibles et des indicateurs de mesure, contribuant ainsi au développement d'une culture de la mesure.

Bien que de nombreuses initiatives soient réalisées pour veiller à la sécurité des usagers, l'établissement n'a pas élaboré et mis oeuvre un plan de sécurité des usagers concernant l'ensemble de l'organisation. Il serait important de prioriser cette démarche d'analyse des risques potentiels et de priorisation de mesures préventives.

Un mécanisme de gestion des accidents et incidents liés à la sécurité des usagers a été mis en place. Il couvre les aspects de déclaration, de divulgation, de suivi des événements sentinelles et les analyses prospectives. Le sondage sur la culture de la sécurité a été administré en 2016. Un plan d'action en découle et on travaille entre autres à démystifier la culture du blâme.

Des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers sont présentés au comité de direction et au conseil d'administration. Ils comprennent les mesures recommandées découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité, ainsi que les améliorations qui ont été apportées.

La gestion des plaintes est organisée et accessible. Un registre des insatisfactions a été mis en place pour favoriser une gestion de proximité des sources de mécontentement.

## 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)

La Résidence Angelica a élaboré un code d'éthique qui présente les valeurs de l'organisation, ainsi que les droits et les engagements des usagers. Ce document est offert dans la pochette d'accueil de tout nouveau résident ou usager.

Le cadre de référence en matière d'éthique présente les processus officiels de gestion du questionnement et de l'évaluation éthique dans l'organisation. Il vise à aider le personnel, les bénévoles et les médecins à identifier les problèmes ou questions éthiques qui peuvent se poser lors de décisions organisationnelles ou cliniques.

Le comité d'éthique clinique a été récemment restructuré. Les outils ont également été révisés (dépliant d'information, formulaire pour présenter une demande d'assistance). On encourage l'établissement à poursuivre les démarches d'information et de formation afin d'inciter le personnel à tirer avantage de l'expertise présente au comité d'éthique clinique.

L'établissement n'est pas engagé présentement dans des collaborations de recherche. Dans l'éventualité où il serait sollicité, il importe de clarifier la démarche à suivre (rôle de la direction générale, recours à un comité d'éthique de la recherche).

## Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
7.5 Un plan de communication porte sur la diffusion de l'information de l'organisme aux parties prenantes internes et externes et sur l'obtention de renseignements auprès de celles-ci.	
11.1 Les systèmes de gestion de l'information sélectionnés répondent aux besoins actuels de l'organisme et tiennent compte de ses besoins futurs.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

L'organisme possède différents outils pour communiquer avec les résidents, les usagers, les familles et le personnel (ex: site web, journal de la direction générale, rencontres de la direction générale, bulletin d'information spécifique à l'agrément, groupe de communication par courriel avec les familles).

Des politiques et procédures encadrent les activités de communication. Il importe toutefois que l'organisme formalise un plan de communication interne et externe, précisant entre autres les publics cibles, les rôles et les stratégies de communication.

Des processus de communication ont été mis en place, de la haute direction vers les équipes terrain. Les mécanismes de rétroaction de la base vers les niveaux supérieurs nécessitent d'être améliorés.

Un travail d'envergure de révision des politiques et procédures a été réalisé récemment. La diffusion et l'appropriation de ces nouveaux contenus représentent un défi.

Les systèmes de gestion de l'information répondent aux besoins actuels mais représentent un défi quant aux besoins futurs. La protection de la vie privée et de la confidentialité des renseignements sur les usagers est assurée. La conservation de l'information est également bien gérée.



## 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)

Bien que l'établissement soulignera bientôt son 50 anniversaire d'existence et que l'architecture actuelle réponde aux exigences minimales des normes du bâtiment de par l'existence d'un nombre élevé de chambres semi-privées, l'environnement physique interne est humanisé, propre et dévolu à la clientèle. On prend un soin particulier au désencombrement des espaces. Tout est bien rangé et classé.

Des efforts constants sont mis en place pour améliorer l'environnement et le rendre des plus sécuritaires. Au cours des dernières années, plusieurs projets de réaménagement ont été réalisés: rénovation des salles de bains thérapeutiques et des douches adaptées, le changement du système d'appel de garde, la relocalisation de la pharmacie, l'aménagement d'un nouveau local de recueillement, le réaménagement d'une local de repos pour le personnel, l'aménagement d'un espace sécuritaire dans la cour extérieure, celui du poste de garde et du salon des résidents à l'unité 5. Pour terminer, ils ont procédé à l'installation de lève-personnes sur rail avec moteurs dans les chambres en plus d'installer un système de climatisation dans les salles à manger de toutes les unités de vie.

L'environnement extérieur est bucolique et tous les balcons ont été refaits. Cette amélioration permet un accès facile et sécuritaire à l'extérieur pour les résidents, familles et intervenants. Des espaces sont aménagés pour permettre à l'ensemble des résidents de profiter de l'extérieur malgré les déficits cognitifs et l'errance que l'on connaît.

Les sorties sont bien indiquées et des systèmes de codification des portes et un système de surveillance sont en place.

Actuellement, un projet découlant d'un comité impliquant des résidents et des familles tire à sa fin. Il s'agit de l'aménagement d'une chambre de fin de vie où les décisions furent prises par ces derniers en collaboration avec les instances locales. Ce projet a nécessité une grande écoute des besoins des résidents et par le fait leur implication à chacune des étapes de réalisation.

## 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 bien qu'existant depuis 2007, est en voie de révision et de mise à jour. Il a été élaboré par une firme de consultant expert et la majorité des processus et procédures sont encore actuelles à ce jour.

Un comité de travail composé du directeur des services techniques, de cadres intermédiaires, de la conseillère en prévention des infections, de résidents et de membres de familles est en place et contribue à cette mise à jour.

Ce même comité s'implique aussi dans l'élaboration du plan de sécurité de l'organisation inscrit au plan d'amélioration continue de la qualité. De plus, on voit leur participation au "comité environnement" qui chapeaute tous les projets associés de près ou de loin au développement et à l'amélioration physique des lieux. Le projet d'avoir une chambre de soins de fin de vie est en court actuellement.

Les compte rendus de ces rencontres sont bien documentés et nous ont permis d'apprécier tout le travail engendré par cette équipe afin qu'ils puissent atteindre les objectifs qu'ils s'étaient fixés.

En cours d'année 2016-2017, trois exercices de simulation sur le code rouge, le code jaune et le code blanc ont été réalisés et ce, de jour, de soir et de nuit pour la plupart. Un processus clair d'intervention est intégré dans la pratique au quotidien lors du lancement d'un code rouge où les rôles de chacun sont clairement définis et ce, pour chacun des services.

Le processus de communication et de diffusion de l'information demeure un souci constant des dirigeants. Tant la clientèle que les membres des familles sont au courant des activités se rapportant aux mesures d'urgence et à la sécurité. D'ailleurs, un video sur le "Code Rouge" a été réalisé avec la participation des résidents, familles et personnel et il sert de formation pour l'ensemble des intervenants.

D'ailleurs, toutes les formations sont documentées et inscrites au logiciel "Magistra".

Il faut aussi souligner que le personnel des soins infirmiers est discipliné et se fait un devoir de mettre à jour au quotidien la liste des résidents de chacune des unités de vie au cas où un incident majeur surviendrait.

Malgré cet engagement du personnel et la somme de travail accomplie, nous recommandons à la direction des services techniques de poursuivre la révision du plan des mesures d'urgence, d'y apporter les modifications nécessaires et de se départir de la documentation périmée.

## 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)

C'est en collaboration avec le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) que se font les admissions à la Résidence Angelica. La liste d'attentes et les critères d'exclusion qui sont identifiés sont dus uniquement aux barrières architecturales des unités de soins. Il existe une excellente collaboration avec le CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal. Leurs échanges permettent de tout mettre en oeuvre pour répondre aux besoins spécifiques des nouveaux résidents.

Une politique et une procédure sur les transferts inter-établissement sont en fonction et les aide-mémoires mis à la disposition des professionnels sont analysés et des activités d'amélioration en découlent. Présentement le CII et la direction des soins infirmiers sont à développer un outil d'évaluation clinique avant transfert dans le but de bien assumer leur leadership et surtout d'évaluer la pertinence du transfert avant même d'en informer le médecin traitant et/ou avant de recevoir les consignes de transfert.

Le taux d'occupation en hébergement est à son maximum en tout temps.

## Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

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

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

Depuis la dernière visite d'agrément en 2013, le directeur des services techniques et ses collaborateurs ont centralisé l'ensemble des activités touchant de près ou de loin le programme d'entretien préventif. Étant l'outil de travail central, le logiciel SAM est en fonction. Des requêtes de travail en ressortent et les fiches informatisées sont mises à la disposition des équipes pour l'exécution des demandes. L'agente administrative est le pivot de l'équipe et s'assure du suivi des requêtes.

Le processus de gestion des requêtes est assorti d'une analyse approfondie des activités.

Un comité de travail composé de différents membres des services est mis en place pour procéder entre autre au processus de gestion d'achat de nouveaux équipements.

La centralisation des activités à la direction des services techniques permet à l'organisation une meilleure planification tant au niveau de l'entretien des équipements que des inventaires. Le Service de Génie biomédical de l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal supporte l'établissement pour la calibration des équipements consacrés aux soins infirmiers.

L'équipe a procédé à la révision de l'ensemble des politiques et des procédures concernant leurs équipes de travail. Les routes de travail ont aussi fait l'objet d'une refonte, et les rôles et responsabilités de chacun sont bien définis surtout en ce qui a trait aux techniques de désinfection et de nettoyage des équipements. La PCI fut aussi impliquée dans la révision des procédures de travail.

## 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'utilisateur 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 : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - 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>

Un service de pharmacie à l'interne est offert à la clientèle. L'équipe se compose de deux pharmaciens et de techniciennes qui sont très impliqués dans l'organisation. C'est en collaboration avec la DSI que l'équipe du service de la pharmacie a procédé à la mise à jour et au développement des politiques et procédures du service.

Deux comités de travail sont en place: le comité pharmaco-nursing et le comité pharmaco-medico-nursing. Les rencontres se font à raison de trois à quatre fois par année. Le pharmacien est aussi impliqué dans d'autres comités de l'organisation et au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

Le processus de déclaration des incidents et accidents est réalisé à deux volets. À l'étape de vérification de la préparation des médicaments à la pharmacie, toutes les erreurs sont détectées par le pharmacien et inscrites dans un registre tenu minutieusement. La double vérification faite par le pharmacien corrige ces lacunes avant la livraison. Dans une deuxième étape, si des erreurs sont relevées par le personnel des soins, des rapports d'incidents et accidents (AH-223) sont rédigés, déclarés et soumis à une analyse tant par l'équipe que par les responsables de la gestion des risques. Tout ce processus sert à l'amélioration continue de la qualité du service.

Le comité de gestion des risques est très actif et les résultats sont intégrés dans un tableau de bord qui est transmis au comité de la qualité du conseil d'administration.

L'armoire de nuit a été revue et réorganisée ainsi que la liste des médicaments qui est mise à jour régulièrement.

Des projets sont en cours. Il procède actuellement au renouvellement de l'ensemble des chariots de distribution des médicaments.

Il est souligné que le personnel apprécie grandement travailler avec l'équipe de ce service notamment pour leur implication et leur présence à la rencontre lors de la préparation et l'élaboration des plans d'interventions individualisés suite aux admissions et pour leur rapidité à répondre à leurs demandes.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------

### Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Prévention et contrôle des infections

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

Une conseillère en prévention des infections vient nouvellement de rejoindre l'équipe de la direction des soins infirmiers. Elle possède les atouts nécessaires et l'expérience pour poursuivre les activités déjà en place et se joindre à une équipe des plus dynamiques.

La préoccupation majeure est celle de l'hygiène des mains. En effet, depuis septembre, la formation a été offerte à près de 300 membres du personnel. Un kiosque fut préparé lors de la semaine des familles pour permettre aux résidents, membres des familles et du personnel de connaître l'implication de l'ensemble des services en ce qui a trait à la prévention des infections. Un des buts visés par cette activité était de faire du recrutement afin d'accroître la présence du personnel et des résidents dans leur comité qui est en fonction actuellement.

Des audits sur le lavage des mains sont faits aux deux semaines et l'analyse permet de mettre en place des activités d'amélioration continue de la qualité. Un comité qui regroupe résidents, familles, et membres du personnel de différents services est en place. Les comptes rendus des réunions en font foi.

Les politiques et procédures ont fait l'objet d'une mise à jour récemment. La PCI travaille en collaboration avec la direction de la santé publique et suit les lignes directrices de cette dernière et du MSSS en plus d'être à l'affût des données probantes et des meilleures pratiques en ce domaine. La DSI, et par le fait même la conseillère en PCI, se base sur des données probantes et les meilleures pratiques pour toutes activités relevant de leurs services.

Lors de la dernière visite d'Agrément Canada en 2013, les visiteurs ont soulevé une problématique concernant le linge souillé puisqu'il n'y avait pas de chute à linge. A cet effet, les routes de travail des préposés tant à l'hygiène et salubrité que les préposés aux bénéficiaires ont été revus et l'aménagement de la lingerie a été modifié afin d'éviter le croisement entre le linge souillé et le propre.

Elle est en train de développer une culture de mesure et est à la recherche de mécanismes pour rehausser l'implication de l'ensemble du personnel, notamment chez les préposés aux bénéficiaires et les préposés à l'hygiène et salubrité.

En ce qui a trait aux choix des indicateurs de qualité et de performance liés la PCI et à la gestion des risques, nous recommandons de faire une évaluation du nombre existant de ces indicateurs et de la pertinence de certains d'entre eux. Un travail immense est en effervescence présentement et il est souhaitable qu'il ne s'y perde pas.

---



## 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>	
<p>Des liens de partenariat sont développés notamment avec le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, l'Association des établissements privés-conventionnés (AEPC).</p> <p>En concertation avec le mécanisme d'accès à l'hébergement et en raison de l'architecture des lieux, certains résidents ne sont pas admissibles. On parle ici de clientèle présentant des problématiques d'obésité et de la clientèle avec errance intrusive. Un projet est à l'étude actuellement afin d'évaluer la faisabilité de créer un micro-milieu adapté pour la clientèle errante avec intrusion et la clientèle grabataire au comportement bruyant.</p> <p>En 2016, la DSI a mis en place un programme assorti d'une politique d'accompagnement en fin de vie et de l'aide médicale à mourir. La mise en place d'un milieu de vie se poursuit.</p> <p>Toujours en 2016, une entente avec la résidence Berthiaume du Tremblay a été signée pour le partage du médecin de garde.</p> <p>Des comités impliquant des résidents et des familles ont vu le jour. Ces comités sont : comité consultatif famille et résidents, comité Menu, comité environnement. L'objectif de ces comités vise la participation, la contribution et un partenariat clientèle/familles/intervenants qui doivent s'impliquer activement dans</p>	

les orientations et la prise de décisions qui les concernent et ce, tant au point de vue clinique que de gestion.

### Processus prioritaire : Compétences

Il se fait beaucoup de formation et elle est bien documentée. Des audits se font régulièrement pour chacune d'entre elles afin d'en mesurer la pertinence, la satisfaction et la mise en application souhaitée.

Afin d'assurer une communication à tous les niveaux de l'organisation, plusieurs mécanismes sont mis en place : rencontres de gestion, rencontres de coordination clinique impliquant les conseillères, rencontres des assistantes infirmières chefs, rencontres des infirmières auxiliaires et enfin rencontres des préposés aux bénéficiaires. Des compte rendus de ces réunions en font foi.

Des plans d'actions sont élaborés et diffusés par la DSI. Elle est le maître d'œuvre des suivis.

Les mesures de contrôle ont fait l'objet d'une attention particulière. Un immense travail s'est fait à ce sujet. Des registres de vérification sont en place sur chaque unité et suivis quotidiennement par les équipes de soins.

L'organisation a récemment procédé au remplacement de tous les lits en optant pour des lits électriques munis de quatre ridelles. Le taux de recours aux contentions a été réduit considérablement passant de 50% en 2013 à 12 % aujourd'hui.

Les politiques et procédures touchant la déclaration, la divulgation et l'analyse des incidents et accidents ont fait l'objet d'une formation pour l'ensemble des intervenants.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Une politique sur le partenariat a été élaborée pour mesurer l'importance de l'implication du résident et de la famille au sein de l'organisation.

La pochette d'accueil contient différents types d'informations simplifiés sur les soins et services, les rôles et responsabilités de chacun, la gestion de risques, le recours aux contentions, le code d'éthique et son comité, le traitement des insatisfactions, et ils prennent le temps pour en informer le résident et répondre à leurs interrogations.

Dès l'admission d'un nouveau résident, les évaluations font l'objet d'élaboration rapidement. Nous retrouvons dans le dossier du résident l'évaluation des risques de chutes, de la capacité à prendre un bain ou une douche selon leur choix, de l'environnement, de plaies de pression, de l'état de santé physique et psycho-social et finalement l'évaluation du risque de suicide lorsque requis et ce, à l'admission ou en cours d'hébergement. Les programmes cliniques sont en place. La pratique est uniformisée à l'ensemble des unités de soins.

Un pamphlet sur le risque de suicide est mis à la disposition du personnel, des résidents et des familles en tout temps.

Des politiques, protocoles, procédures, processus ou règles de soins sont développés et disponibles.

Un programme de fin de vie est élaboré et une chambre a été aménagée à cette fin. Ce développement s'est fait avec l'apport des résidents et des familles. Les plans d'interventions individualisés (PII) sont réalisés dans les 6 à 8 semaines suivant l'admission. Un suivi rigoureux est fait pour en mesurer l'évolution. La DSI est à mettre en place une culture de mesure afin de voir l'état d'avancement de la réalisation des PII. Plusieurs indicateurs de performance et cliniques en ce sens ont été développés. Un tableau de bord en fait foi.

Bien que l'arrivée de cette nouvelle direction était des plus souhaitées, nous recommandons d'éviter les débordements en ce qui a trait aux multiples plans d'actions existants. L'équipe qui est en train de se reconstruire est dynamique et pleine d'idées. Nous suggérons de faire un examen soutenu de tout ce qui est en place afin de procéder à une simplification des actions, d'éliminer les duplications et d'en faire un plan intégré d'amélioration continue de la qualité. Ce dernier devrait être plus succinct.

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

L'arrivée de la nouvelle directrice des soins infirmiers a fait naître un vent de renouveau à la Résidence Angelica. Depuis son arrivée en 2016, elle se fait un devoir de recenser les données probantes et les meilleures pratiques en soins infirmiers et de partager cette information avec son personnel d'encadrement et le personnel des unités de soins et des services cliniques sous sa responsabilité. Ses sources sont en provenance de l'INESSS, l'INSPQ, les méthodes de soins, le MSSS et Agrément Canada. Les références sont inscrites sur l'ensemble des documents développés par sa direction.

La philosophie de gestion est axée autour du résident et de la famille qui sont au cœur de leurs préoccupations. Les comités mis en place depuis son arrivée en font foi puisque des résidents et des familles font partie intégrante des orientations et décisions prises sur différentes activités réalisées au sein de ses services.

La majorité des politiques et procédures ont été révisées, réécrites ou mises à jour. Les pratiques cliniques sont standardisées, la tenue de dossier est complète et uniformisée. On y retrouve facilement l'information sur l'ensemble des évaluations cliniques essentielles au bien-être du résident. Le résident et les membres des familles sont impliqués dans leur soin et service dès leur admission.

Il est suggéré de poursuivre le travail d'intégration et d'implication des résidents et des familles dans l'ensemble des processus de gestion où ils peuvent grandement contribuer.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Différents comités ont été mis en place avec l'apport des résidents et des familles en plus d'impliquer l'ensemble du personnel dans différents comités cliniques. Le comité consultatif des familles prend beaucoup d'importance.

La famille et le résident font partie prenante des décisions et sont à même de mieux saisir l'importance de la culture de mesure parce qu'on les informe sur les résultats obtenus. C'est une dynamique qui prend son essor au sein de l'organisation.

Un tableau de bord est suivi et présenté aux différentes instances mensuellement. Il regroupe des mesures de performance tant de gestion que cliniques et le plan d'amélioration continue de la qualité en découle.

Nous constatons que la diffusion de ces résultats est réalisée et que le personnel est bien informé.

Afin de mesurer la satisfaction des résidents et des familles, la DSI a mis en place des enquêtes de satisfaction touchant différents volets des soins et services. Ces enquêtes portent sur les rencontres interdisciplinaires, l'épisode de fin de vie, l'admission, la fête de bienvenue, et le suivi après départ/décès. De plus, bien des audits sont réalisés et un registre des insatisfactions de la clientèle est élaboré afin de trouver des alternatives de solutions.

Nous recommandons de sélectionner les enquêtes de satisfaction afin de mesurer les éléments pertinents à leur plan d'amélioration continue de la qualité.

## 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.

### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets suivants :

- composition du conseil d'administration;
- portée de ses pouvoirs (rôles et responsabilités);
- processus de réunion;
- évaluation du rendement.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- **Période de collecte de données : 5 décembre 2016 au 20 décembre 2016**
- **Nombre de réponses : 1**

#### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	0	100	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	100	0	0	72
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	0	0	100	81

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	0	100	94
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	96
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	96
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	95
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	0	0	100	64
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	0	100	91
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	95
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	0	100	92
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	97
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	95
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	99
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	0	0	100	76
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	0	100	69

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	80
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	0	0	100	62
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	85
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	0	0	100	50
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	0	0	100	84
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	95
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	0	100	78
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	0	100	90
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	0	100	88
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	100	0	0	77
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	0	0	100	88
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	0	100	93

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	0	100	93
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	0	0	100	88
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	100	89

\*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.

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	0	0	100	81
34. La qualité des soins	0	0	100	82

\*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 canadien sur la culture de sécurité des usagers

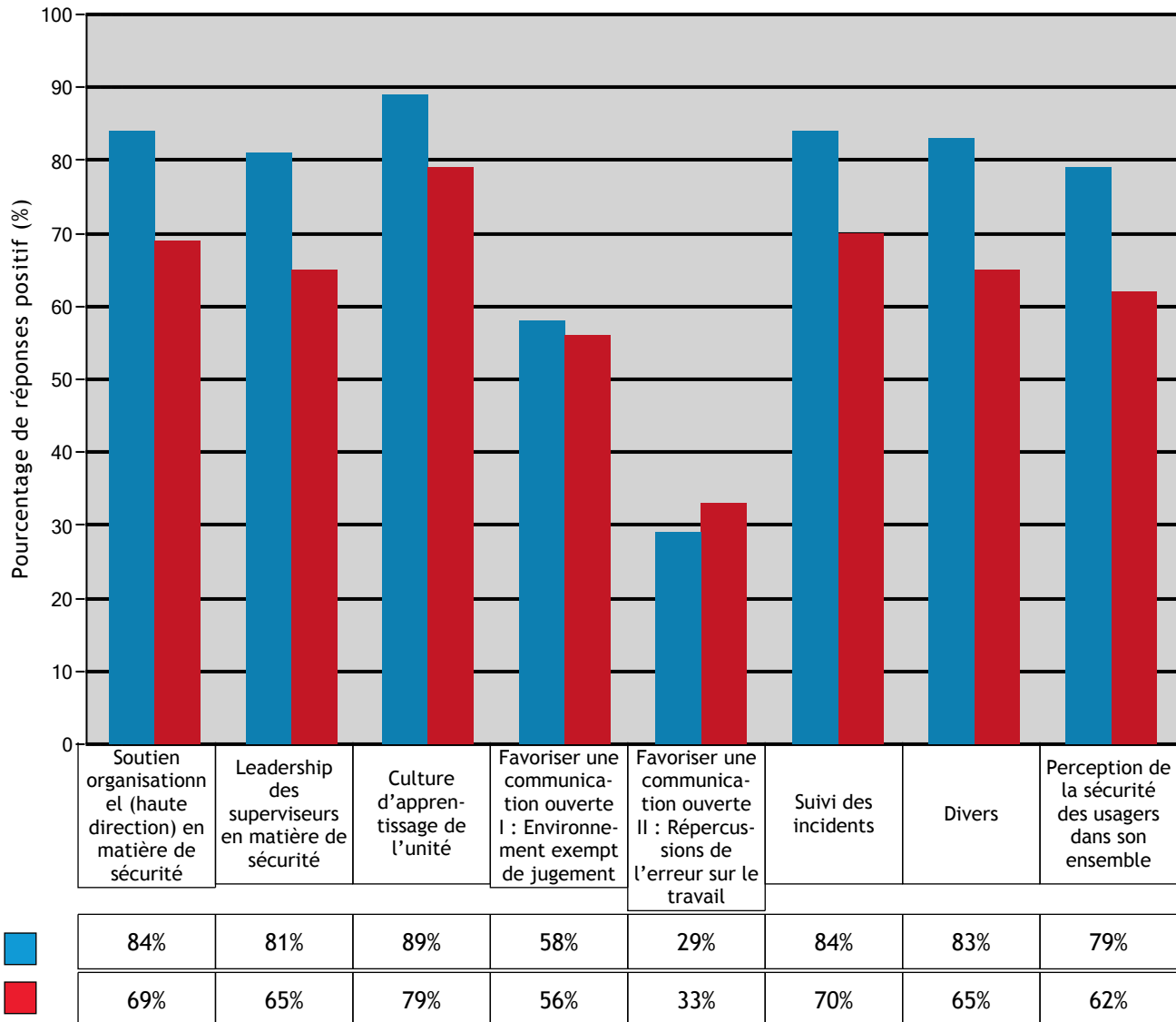
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 17 mars 2016 au 25 juin 2016**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 183**
- **Nombre de réponses : 215**

**Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers**



**Légende**

- Résidence Angelica 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

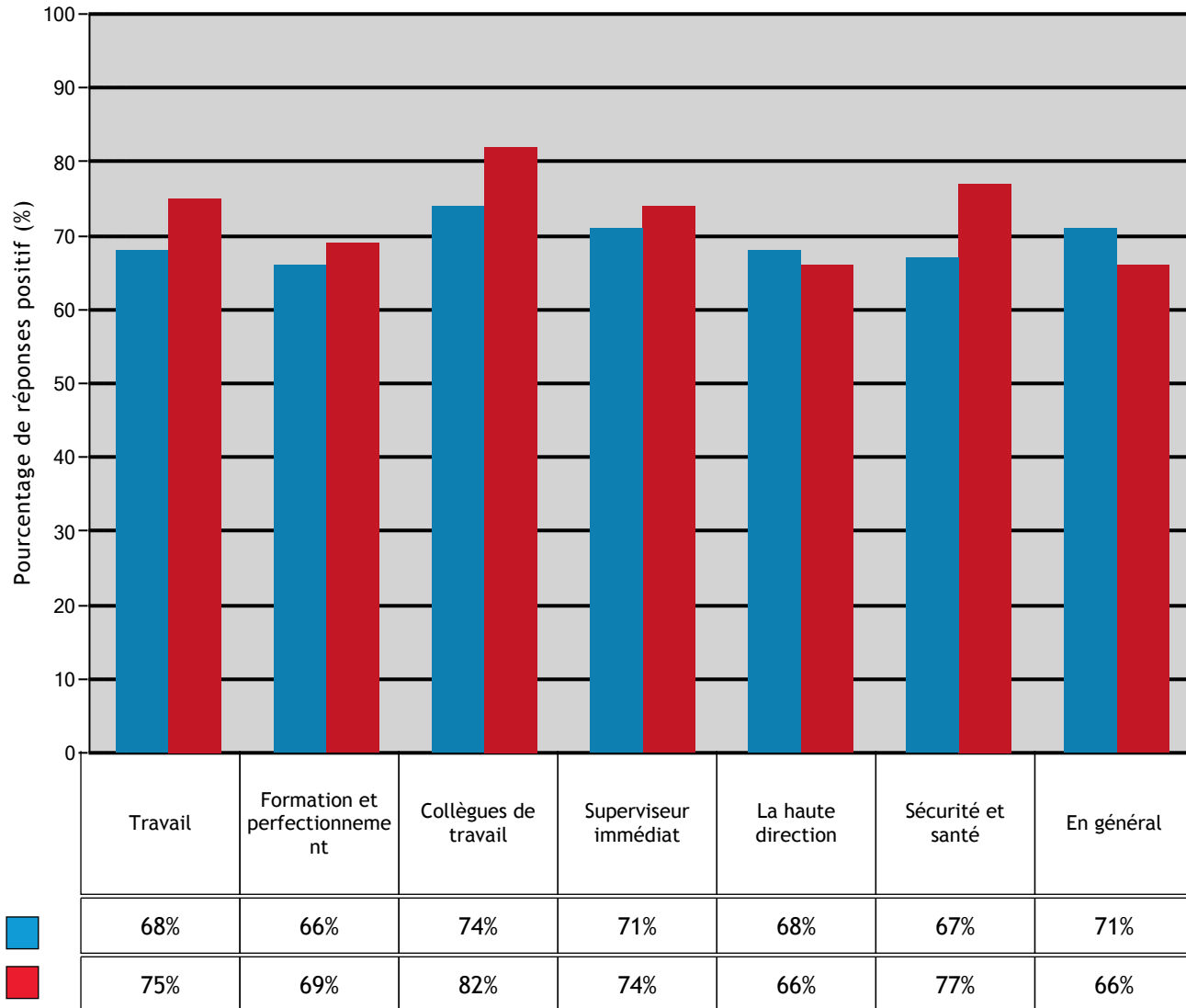
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 : 8 décembre 2015 au 5 janvier 2016**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 194**
- **Nombre de réponses : 283**

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



**Légende**

■ Résidence Angelica 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 2017 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 appareils médicaux	Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation 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.