



**ACCREDITATION  
CANADA**

## **CHSLB : CHSLD L.-B.-Desjardins**

### **Visite supplémentaire**

**10 juillet 2023– Visite sur place**

**Veillez commenter les processus prioritaires qui ont démontré une amélioration significative :**

**Les processus prioritaires en lien avec la gouvernance et le leadership sont réalisés, les politiques et les procédures sont élaborées et mises en place par les membres qui composent le conseil d'administration. Les rôles, les responsabilités et les obligations légales sont définis. Le conseil d'administration a mis en fonction ses attentes en lien avec le contrôle financier et la surveillance de la gestion des risques.**

**Le conseil d'administration composé du comité de gestion ont mis en place les interventions nécessaires pour l'instauration d'une culture de qualité et de sécurité.**

**Tous les critères à priorité élevée ainsi que les pratiques organisationnelles requises (POR) sont intégrés dans le programme intégré d'amélioration continue de la qualité. Les actions entreprises pour leurs réalisations sont évaluées de façon continue et le suivi est apporté.**

**La culture de sécurité est bien implantée, entre autres sur le dépistage sur l'état dépressif ou suicidaire des résidents. De plus, une cartographie concernant l'identification de la gestion intégrée des facteurs de risques est en place et des plans d'action en cours.**

**Veillez commenter les processus prioritaires qui demeurent des défis :**

**De poursuivre l'implication des résidents et familles dans les différents comités, (résident-partenaire, famille)**

**Plusieurs formations ont été données depuis le début de l'année, nous encourageons l'organisme à poursuivre le programme de formation pour le maintien des compétences.**

**Maintenir le projet de l'implantation du logiciel Rx pour les médicaments, malgré qu'actuellement le pharmacien est d'une grande disponibilité.**

**Maintenir les comités actifs avec la présence d'un résident.**

Chapitre	Sous-chapitre	Numéro des critères	Critères	Conforme	Non-conforme	Commentaires du visiteur	
Gouvernance & Leadership	Gouvernance	1.1.1	Les rôles, les responsabilités et les obligations légales du conseil d'administration sont définis et réexaminés régulièrement.	X		Les politiques et les procédures qui concernent les obligations du conseil d'administrations sont élaborées et connues des directeurs et gestionnaires et employés.	
		1.1.3	Le conseil d'administration dispose de systèmes de contrôle des fonctions liées à la vérification et des états financiers, à la qualité et à la sécurité, ainsi qu'à la gestion des talents.	X		Un tableau de bord a été créé pour recevoir l'évolution des états financiers et le suivi de la gestion intégrée des risques.	
		1.1.5	Le conseil d'administration évalue les initiatives de l'organisme pour élaborer et maintenir une culture de soins centrés sur les personnes.	X		Progressivement, l'organisme implique des résidents ou famille dans différents comités. Le comité de gestion des risques est un exemple.	
		1.1.8	Le conseil d'administration dispose d'un mécanisme lui permettant de recevoir des mises à jour et des rapports du chef de la direction de l'organisme.	X		Le mécanisme est en place, cette façon de faire vient d'être instaurée.	
	Leadership	1.2.13	Les équipes ont accès à l'information sur les meilleures pratiques, les pratiques exemplaires et les guides de pratique.	X		L'organisme travaille étroitement avec l'équipe de conseillères en soins du CISSS des Laurentides. De plus, la méthode de soins infirmiers (MSI) est en place et utilisé dans leur pratique.	
		1.2.20	Un plan d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en œuvre.	X		Le plan est en cours de réalisation et le suivi est apporté	
		1.2.21	L'organisation a tenu compte des résultats relatifs à l'évaluation de l'expérience vécue par les résidents.	X		Les résultats du sondage auprès des résidents ont été retenus pour répondre aux besoins spécifiques des résidents et familles.	
		1.2.22	Les résultats des activités d'amélioration de la qualité de l'organisme sont communiqués à grande échelle, s'il y a lieu.	X		Un plan d'amélioration est élaboré, dans lequel on retrouve entre autres, tous les aspects de la gestion des risques et connu du personnel.	
		1.2.5	Le plan opérationnel annuel est élaboré dans le but de réaliser le plan stratégique, atteindre les buts et les objectifs, ainsi que pour orienter les activités quotidiennes.	X		Il existe le plan opérationnel, ainsi que le plan stratégique. Les buts et les objectifs sont bien énoncés, ce qui donne les directives pour la qualité et la sécurité des soins et des services aux résidents.	
	<b>PRATIQUE ORGANISATIONNELLE REQUISE</b>						
			1.1.13.3	Le conseil d'administration démontre qu'il assume ses responsabilités en ce qui a trait à la qualité des soins dispensés par l'organisme.			

	Gouvernance	1.1.13.3	Les indicateurs clés qui seront utilisés pour mesurer le rendement en matière de qualité de l'organisme sont déterminés.	X		Dans le programme intégré d'amélioration continue de la qualité, les indicateurs sont en place ce qui permet d'en évaluer la performance ainsi que le suivi est apporté avec des échéanciers.	
		1.1.13.6	Dans le cadre de leur évaluation du rendement, les membres de la direction qui relèvent directement du conseil d'administration (p. ex., le PDG, le directeur général, le médecin-chef) sont tenus responsables du rendement en matière de qualité de l'organisme.	X		C'est un nouveau mode de fonctionnement qui vient d'être implanté. L'organisme a les outils en place, c'est à poursuivre.	
		1.2.15 : Un plan de sécurité des résidents est élaboré et mis en œuvre dans l'organisme.					
	Leadership	1.2.15.1	Les problèmes de l'organisme liés à la sécurité des résidents sont évalués.	X		Une cartographie de la gestion intégrée des risques est élaborée et un plan d'action est en cours de réalisation.	
		1.2.15.2	Un plan et un processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des résidents cernés.	X		Le plan d'action est en cours avec la délégation de responsables, les interventions sont en cours de réalisation ainsi que des échéanciers.	
		1.2.15.4	Des ressources sont allouées pour favoriser la mise en œuvre du plan sur la sécurité des résidents.	X		Des ressources d'ordre cliniques sont en place pour la réalisation des activités et soutenus par différents titres d'emplois selon le besoin.	
		1.2.16 : De la formation et du perfectionnement sur des secteurs ciblés en matière de sécurité des résidents sont offerts au personnel d'encadrement, aux membres de l'équipe et aux bénévoles au moins une fois par année.					
		1.2.16.1	Une formation annuelle est offerte sur la sécurité des résidents; elle est adaptée aux besoins de l'organisme et aux secteurs ciblés en matière de sécurité des résidents.	X		Il existe un programme de formation pour l'année 2023-2024. Plusieurs formations ont été données au début de l'année 2023. À titre d'exemple, soins de plaies, hygiène des mains et la maltraitance.	
		1.2.17 : Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.					
		1.2.17.1	Un mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des résidents est mis au point, examiné et mis à jour avec l'apport des résidents, des familles, ou des proches aidants et des membres de l'équipe; il comprend des processus pour déclarer et analyser les événements,		X	Une politique et une procédure sont en place. L'organisme s'est inspiré du sondage fait auprès des résidents et famille. Progressivement, l'implication des résidents est à intégrer.	
1.2.18 : Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en œuvre pour divulguer aux résidents, aux familles ou aux proches aidants les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux.							
1.2.18.2	Le processus de divulgation est examiné et mis à jour, au besoin, avec l'apport des résidents, des	X		Le processus de divulgation est élaboré et appliqué			

			familles ou des proches aidants et des membres de l'équipe.			
		1.2.18.6	De la rétroaction est demandée aux résidents, aux familles ou aux proches aidants et aux membres de l'équipe au sujet de leur expérience liée à la divulgation; cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation, au besoin.	X		Une rétroaction est faite auprès d'une famille après une divulgation, observé lors d'un traceur.
Modèles de prestation de soins	Excellence des services	2.1.12	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants.	X		Une procédure est élaborée lors de l'admission des résidents afin que le processus soit efficace pour le résident et sa famille.
		2.1.14	De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de déceler, réduire et gérer les risques liés à la sécurité des résidents et des membres de l'équipe.	X		Le personnel a reçu de la formation sur les plaies de pression. Dès l'admission, le personnel fait une collecte de donnée pour dépister et identifier les facteurs de risques que ce soit plaies de pression et le risque de chute.
		2.1.15	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	X		Le programme de formation s'est inspiré des besoins des résidents en lien avec le maintien des compétences pour les soins de qualité.
		2.1.17	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	X		Il existe un processus sur la tenue de dossier dont des audits ont été faits. L'apport des résidents et famille a été par l'évaluation de leurs besoins par sondage.
		2.1.7	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	X		Le processus d'évaluation de rendement est en cours
	Télésanté	2.2.2	L'organisme collabore avec les résidents, au besoin, pour élaborer un mécanisme visant à prévenir une atteinte à la sécurité des résidents lorsque ceux-ci reçoivent des services de télésanté.	SO		L'organisme n'offre pas de soins en télésanté. La disponibilité des professionnelles est en présentielle.
		2.2.3	L'organisme obtient et documente le consentement éclairé du résident avant de lui fournir des services de télésanté.	SO		L'organisme n'offre pas de soins en télésanté. La disponibilité des professionnelles est en présentielle.
	Gestion des situations d'urgence et	Gestion des situations d'urgence et	3.1.2	Des exercices pratiques du plan de préparation en vue d'urgences ou de catastrophes ont lieu régulièrement.	X	

des catastrophes	des catastrophes							
Prévention et contrôle des infections	Prévention et contrôle des infections	4.1.9	Une politique d'immunisation est élaborée ou adoptée et elle fournit aux résidents, et aux membres de l'équipe des renseignements leur permettant d'accéder à la vaccination.	X		Une politique et une procédure sont en place, explique bien l'importance des vaccins. On y retrouve un formulaire de consentement.		
Gestion des médicaments	Gestion des médicaments	5.1.10	L'organisme a élaboré et mis en place une procédure de gestion des médicaments apportés par les résidents, les familles ou les proches aidants.	X		Une procédure sur la gestion des médicaments est en place pour assurer la sécurité des résidents dès leur admission.		
		5.1.24	Les membres de l'équipe peuvent facilement accéder à de l'information précise et à jour sur les médicaments spécifiques aux populations desservies.	X		La disponibilité du pharmacien 24h sur 24h. Le logiciel Rx est à venir pour la connaissance des médicaments.		
		5.1.43	Une contre-vérification indépendante des médicaments de niveau d'alerte élevé désignés par l'organisme est effectuée selon la procédure, avant que ces médicaments ne soient administrés.	X		Une procédure est élaborée et appliquée par les différents professionnels.		
		5.1.49	Une trousse pour déversements de produits dangereux se trouve à portée de la main dans tous les endroits où des médicaments cytotoxiques ou d'autres médicaments dangereux sont livrés et administrés.	X		L'organisme s'est procuré de deux trousse de déversement pour toute éventualité avec la procédure intégrée. Cette procédure était en anglais, elle a été traduite en français par l'organisme. Actuellement, aucun résident ne reçoit de médicament de produits dangereux.		
		5.1.55	Les incidents liés à la sécurité des résidents mettant en cause des médicaments sont signalés conformément au système de gestion des incidents liés à la sécurité des résidents de l'organisme.	X		Les incidents liés à la sécurité dû aux médicaments sont signalés. Les déclarations sont effectuées et des actions sont mis en place et présenté au comité de gestion de risque.		
		5.1.56	Les incidents liés à la sécurité des résidents concernant les médicaments sont examinés et des critères établis sont utilisés pour hiérarchiser ceux qui feront l'objet d'une analyse plus approfondie.	X		Un bilan des incidents est fait et des priorités sont apportées à la suite du plan d'action.		
		PRATIQUE ORGANISATIONNELLE REQUISE						
		5.1.4 : L'organisme a établi et mis en œuvre une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés dans l'organisme.						
		5.1.4.2	La « Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées » de l'organisme est mise en œuvre et	X			La fiche de référence est en place, un rappel a été fait auprès des différents professionnels.	

	elle s'applique à tous les documents portant sur les médicaments, qu'ils soient écrits à la main ou saisis à l'ordinateur.			Un audit a été fait sur la qualité de la note au dossier incluant l'utilisation des abréviations.
5.1.4.4	L'organisme renseigne le personnel sur la liste « Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées » pendant l'orientation et lorsque des changements y sont apportés.	X		La liste est mise à la disposition du personnel professionnel, dans la pharmacie et au cahier des FADM.
5.1.4.5	La « Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées » de l'organisme est mise à jour et les changements nécessaires sont apportés aux processus de l'organisme.	X		La mise à jour de liste d'abréviation est apportée
5.1.4.6	Le respect de la « Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées » de l'organisme est vérifié et des changements sont apportés aux processus en fonction des problématiques cernées.	X		Des audits ont été faits sur la qualité de la note au dossier, les changements sur la liste sont apportés au besoin et le suivi est fait.
5.1.5 : L'organisme met en œuvre une stratégie complète pour la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.				
5.1.5.2	La politique précise le rôle ou le poste des personnes responsables de la mise en œuvre de la politique et de la supervision de son application.	X		La politique émise précise les responsabilités et les titres d'emploi.
5.1.5.5	L'organisme établit un mécanisme pour mettre régulièrement à jour la politique.	X		Un mécanisme est en place pour sa révision.
5.1.5.6	L'organisme fournit de l'information et de la formation continue au personnel sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.	X		Une formation a été donnée sur la pharmacothérapie dans laquelle a été présenté les objectifs sur l'administration de médicaments de niveau élevé.
5.1.9 : La disponibilité des produits narcotiques est évaluée et limitée afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents liés à la sécurité des résidents ne sont pas entreposées dans les unités de soins.				
5.1.9.2	Il faut éviter d'entreposer les produits narcotiques suivants dans les unités de soins : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fentanyl : les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 100 µg par contenant;</li> <li>• HYDROMORPHONE : les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 2 mg;</li> <li>• Morphine : les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 15 mg dans les unités de soins pour adultes et de 2 mg dans les unités de soins pédiatriques.</li> </ul>	X		La présence des narcotiques dans la pharmacie des unités est conforme

		5.1.9.3	Lorsqu'il est nécessaire que les produits narcotiques (opioïdes) soient disponibles dans des unités de soins particulières, un comité interdisciplinaire de gestion des médicaments de l'organisme examine et approuve les raisons pour lesquelles ils doivent être disponibles et des mesures de protection sont mises en place pour réduire les risques d'erreur.	X		Aucuns médicaments narcotiques sont dans la chambre des résidents	
Expérience de soins des résidents	Former une équipe compétente	6.1.6	De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie des résidents.	X		L'organisation est invitée à poursuivre la formation pour tout le personnel	
	Fournir des services sécuritaires et efficaces	6.3.8	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des résidents et de l'équipe, et ce, avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants.		X	Le comité de la gestion des risques dont siège un résident, cet apport avec les résidents et famille sera à implanter. Ce comité est nouvellement en fonction.	
		6.3.9	Les incidents liés à la sécurité des résidents sont déclarés selon la politique en vigueur dans l'organisme et consignée dans le dossier du résident et de l'organisme, s'il y a lieu.	X		Le AH 223 est rempli lors d'incidents. La démarche est appliquée.	
	PRATIQUE ORGANISATIONNELLE REQUISE						
	6.3.1 : Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, une évaluation des risques est effectuée pour chaque résident et des interventions sont mises en place.						
		6.3.1.6	L'efficacité des activités de prévention des chutes et de réduction des blessures (p. ex., processus et outils d'évaluation des risques, protocoles et procédures, documentation, séances pédagogiques et information) est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	X		Dès l'admission, le risque de chute est évalué ainsi qu'au cours du séjour des résidents. Des interventions sont mises en place pour assurer sa sécurité.	
	6.3.2 : Une approche interprofessionnelle et collaborative est utilisée pour évaluer les besoins des résidents en matière de soins de la peau et des plaies, et pour fournir des soins basés sur des données probantes qui favorisent la guérison et réduisent les cas de morbidité et de mortalité.						
		6.3.2.8	L'efficacité du programme des soins de la peau et des plaies est vérifiée en évaluant les processus mis en place pour donner les soins (p. ex., diagnostic précis, traitement approprié, etc.) et les résultats (p. ex., durée de guérison, douleur, etc.); ces renseignements sont utilisés pour apporter des améliorations.	X		Un programme de soins de plaies est élaboré, le personnel a reçu de la formation. Actuellement, le volet prévention est travaillé.	
	6.3.3 : Le risque pour chaque résident de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement						



		d'une plaie de pression sont mises en œuvre.			
	6.3.3.5	L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	X		Dès l'admission, le risque des plaies de pression est évalué et le formulaire déposé au dossier du résident et le suivi est apporté.
	6.3.4 : Les résidents sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.				
	6.3.4.1	Les résidents présentant un risque de suicide sont détectés.	X		L'organisme a mis en place la recommandation à l'effet que dès l'admission le risque de suicide est détecté et suivi fait. Lorsque le risque est constaté, le soutien du CISSS des Laurentides est demandé pour la présence d'une équipe interdisciplinaire.
	6.3.4.2	Le risque de suicide chez chaque résident est évalué à des intervalles réguliers ou à mesure que les besoins changent.	X		Le risque de suicide est évalué lors de la révision globale du résident au 3 mois avec la présence médicale pour tous les résidents.
	6.3.4.3	Les besoins de sécurité immédiats du résident chez qui l'on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.	X		Mesures immédiates apportées et famille informée.
	6.3.4.4	Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les résidents chez qui l'on a détecté un risque de suicide.	X		Un plan d'intervention interdisciplinaire est fait et suivi est apporté
	6.3.4.5	La mise en œuvre des stratégies d'intervention et de suivi est documentée dans le dossier du résident.	X		Les notes au dossier sont rédigées de façon quotidienne sur chaque quart de travail.
	6.3.6 : Les renseignements relatifs aux soins dispensés au résident sont communiqués de façon efficace aux points de transition des soins.				
	6.3.6.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des résidents) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert des renseignements;</li> <li>• demander aux résidents, aux familles ou aux proches aidants et aux prestataires de services s'ils ont reçu les renseignements dont ils avaient besoin;</li> <li>- • évaluer les événements liés à la sécurité qui se rattachent au transfert des renseignements (p. ex., à partir</li> </ul>		X	La procédure et les outils sont élaborés mais l'organisme n'a pas eu l'occasion d'intégrer le processus.



			du système de gestion des événements liés à la sécurité des résidents).			
--	--	--	---	--	--	--