



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

## **Rapport d'agrément**

Qmentum GlobalMC pour les soins de  
longue durée

**Centre d'accueil Saint-Joseph de  
Lévis inc.**

Rapport publié : 13/05/2025

## Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT PEUT CONTENIR DES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS ET PROTÉGÉS PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE D'AGRÉMENT CANADA ET DE SES CONCÉDANTS DE LICENCE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent Rapport d'agrément est fourni à l'Organisation pour certaines utilisations autorisées, telles qu'elles sont énoncées dans la partie du titulaire de licence du client sur la propriété intellectuelle de l'entente du programme Qmentum Global<sup>MC</sup> pour les soins de longue durée entre Agrément Canada et l'Organisation (l'«**Entente**»). Ce Rapport d'agrément est fourni à titre informatif seulement, ne constitue pas un conseil médical ou de soins de santé et est fourni strictement «tel quel» sans garantie ni condition d'aucune sorte.

Bien qu'Agrément Canada traitera les renseignements et les données de l'Organisation qui sont inclus dans le présent rapport de manière confidentielle, l'Organisation peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Agrément Canada sera libre de faire usage de ce Rapport une fois que l'Organisation l'aura divulgué à toute autre personne sur une base non confidentielle. Toute autre utilisation ou exploitation de ce Rapport par ou pour l'Organisation ou tout tiers est interdite sans l'autorisation écrite expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent Rapport d'agrément compromettra l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à : [publications@healthstandards.org](mailto:publications@healthstandards.org).

Copyright © Agrément Canada et ses concédants de licences, 2025. Tous droits réservés.

# Table des matières

<b>Confidentialité</b>	2
<b>À propos d’Agrément Canada</b>	4
<b>À propos du rapport d’agrément</b>	4
<b>Aperçu du programme</b>	4
<b>Sommaire</b>	6
À propos de l’organisation	6
Aperçu des observations de l’équipe de visiteurs	7
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	8
Soins centrés sur les personnes	9
Aperçu de l’amélioration de la qualité	9
<b>Statut d’agrément</b>	10
Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément	10
<b>Pratiques organisationnelles requises</b>	11
<b>Résultats de l’évaluation divisés par chapitre</b>	13
Gouvernance et leadership	13
Modèles de prestation de soins	15
Gestion des situations d’urgence et des catastrophes	16
Prévention et contrôle des infections	18
Gestion des médicaments	19
Expérience de soins des résidents	20

## À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada est un organisme mondial sans but lucratif ayant comme vision d'offrir des soins plus sécuritaires et de créer un monde plus sain. Ses programmes et services centrés sur la personne sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé depuis plus de 60 ans. L'organisme continue d'élargir sa portée et son influence. Agrément Canada habilite les organisations et permet à celles-ci de se conformer aux normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs adaptés aux besoins locaux. Les services et programmes d'évaluation d'Agrément Canada contribuent à la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans les systèmes de santé, les hôpitaux, les laboratoires et les centres de diagnostic, les établissements de soins de longue durée, les centres de réadaptation, les organisations de soins primaires, ainsi que dans les milieux de soins à domicile et communautaires. Ses programmes d'agrément et de certification spécialisés soutiennent la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité pour des populations, des problèmes de santé et des professions de santé précis.

## À propos du rapport d'agrément

L'établissement mentionné dans le présent rapport d'agrément (l'«**Établissement**») participe au programme Qmentum Global<sup>MC</sup> pour les soins de longue durée d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'Établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une évaluation sur place du 14 avril 2025 au 16 avril 2025. Le présent rapport d'agrément reflète les renseignements et les données de l'Établissement ainsi que les évaluations d'Agrément Canada à ces dates.

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

## Aperçu du programme

Le programme Qmentum Global<sup>MC</sup> pour soins de longue durée permet à votre établissement de soins de longue durée d'améliorer en continue la qualité des soins et services à travers une expérience de soins de haute qualité. Le programme fournit à votre établissement de soins de longue durée un manuel d'évaluation, des outils de sondages, des méthodes d'évaluation et un plan d'action, tous conçus pour promouvoir l'apprentissage et l'amélioration continue. Le programme offre également un modèle de soutien à la clientèle pour un soutien et des conseils continus de la part de conseillers dédiés.

Votre établissement de soins de longue durée participe à un cycle d'agrément de quatre ans permettant de répartir les activités d'agrément sur quatre ans tout en aidant votre établissement de soins de longue durée à concentrer ses efforts sur la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de l'amélioration de la qualité. Ceci favorise l'intégration des activités d'agrément dans les pratiques quotidiennes.

Chaque année du cycle d'agrément comprend des activités que votre établissement de soins de longue durée doit effectuer. Agrément Canada offre un soutien continu à votre établissement de soins de longue durée tout au long du cycle. À la fin du cycle, le Comité d'approbation du type d'agrément (CATA) détermine le statut d'agrément de l'établissement de soins de longue durée en fonction des directives relatives à l'attribution de l'agrément du programme. Les résultats de l'évaluation et le statut d'agrément sont documentés dans un rapport final indiquant le statut d'agrément de votre établissement de soins de longue durée. Une fois qu'un statut d'agrément est établi, votre établissement de soins de longue durée entame la première année d'un nouveau cycle, s'appuyant sur les actions et les apprentissages des cycles d'agrément précédents, conformément aux principes d'amélioration continue de la qualité.

Le manuel d'évaluation (manuel d'Agrément Canada) à l'appui de toutes les méthodes d'évaluation (autoévaluation, attestation et évaluation sur place) est divisé en chapitres thématiques, comme indiqué ci-dessous. Pour favoriser l'alignement avec le manuel d'évaluation, les résultats de l'évaluation et les constats des visiteurs sont présentés par chapitre dans le rapport. Le contenu additionnel du rapport comprend un sommaire exécutif, le statut d'agrément accordé à l'établissement, les emplacements évalués lors de l'évaluation sur place, les résultats des pratiques organisationnelles requises et, enfin, une vue d'ensemble des soins centrés sur la personne et de l'amélioration de la qualité.

- Chapitre 1: Gouvernance et leadership
- Chapitre 2: Modèles de prestation de soins
- Chapitre 3: Gestion des situations d'urgence et des catastrophes
- Chapitre 4: Prévention et contrôle des infections
- Chapitre 5: Gestion des médicaments
- Chapitre 6: Expérience de soins des résidents

# Sommaire

## À propos de l'organisation

Le Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis inc. est un centre d'hébergement et de soins de longue durée privée conventionnée de 157 places réparties dans 2 pavillons d'hébergement : le pavillon Saint-Joseph (119 places) et le pavillon Youville (38 places), une propriété de Desjardins Sécurité financière. Le centre emploie près de 200 personnes majoritairement de la région de Lévis. L'établissement est situé sur le territoire du CISSS de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA).

La mission de l'établissement est d'offrir un milieu de vie personnalisé et sécuritaire qui répond aux besoins complexes d'une clientèle en perte d'autonomie, soutenu par une approche humaine de soins et de services. La vision est d'être un milieu accueillant pour les résidents et leurs proches, où il fait bon vivre et travailler. Les valeurs promues sont : respect, bienveillance, intégrité, transparence, excellence et professionnalisme.

L'offre de service professionnelle comprend des infirmières, des infirmières auxiliaires, une conseillère en soins infirmiers (incluant la prévention des infections), des préposés aux bénéficiaires/accompagnateurs (PAB), une conseillère en milieu de vie et responsable du mécanisme d'accès, une travailleuse sociale, 2 ergothérapeutes, un technologue en physiothérapie, 3 techniciennes en éducation spécialisée, une nutritionniste, une technicienne en diététique, 6 médecins et 3 pharmaciens.

Le centre assure le maintien des compétences de son équipe notamment par diverses formations : principes de déplacement sécuritaire des personnes (PDSP), prévention des chutes, déclaration des événements incidents – accidents, système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT), prévention et contrôle des infections, lavage des mains, médicaments d'alerte élevée, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), et plusieurs autres.

Un comité des usagers est actif et la liaison est maintenue avec les familles par l'envoi d'un feuillet d'information, minimalement 4 fois par année, mentionnant les divers projets et activités du centre d'accueil.

Un code d'éthique incluant une charte de vie est en place. Il reflète la mission et les valeurs organisationnelles du Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis. Il énonce les droits et les engagements des résidents et de leurs proches ainsi que les droits et pratiques attendues de l'ensemble des intervenants. Un cadre de référence en matière d'éthique qui a été révisé en 2025 est en place. On y décrit les 3 types d'éthique (clinique, recherche et organisationnelle) et leurs champs d'application respectifs. Une philosophie d'intervention et un cadre de gestion des situations éthique s'y retrouvent. Une politique et procédure opérationnelle, également révisée en 2025, est en place. Elle décrit notamment le processus de consultation.

Les installations de l'établissement sont bien tenues et propres. L'établissement dispose de plusieurs moyens de sécurité pour ses résidents, dont des bracelets anti-fugues et des accès aux portes sécurisés par des codes aux unités de vie et à l'entrée principale.

## Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Un conseil d'administration, composé des gestionnaires du Groupe Champlain, de Desjardins Sécurité financière et du Centre Saint-Joseph de Lévis, a été formé à la suite de l'acquisition du centre par Desjardins Sécurité financière en 2007. Un comité de direction assure la gestion globale de l'établissement grâce à une équipe de direction dynamique, motivée et mobilisée. Les visiteurs ont remarqué un grand souci des membres de l'équipe de direction pour assurer des services personnalisés, de qualité et sécuritaires. Les visiteurs sont aussi à même de souligner l'importance et la qualité du travail fait par l'établissement depuis la dernière visite d'agrément en novembre 2021.

Une planification stratégique 2024-2027 et un plan opérationnel 2025-2026 sont en place. Un tableau de suivi des objectifs de la planification stratégique est utilisé comprenant les 3 priorités du plan stratégique 2024-2027. Il suit en pourcentage l'évolution des activités inscrites au plan et agit comme un tableau de bord de gestion.

Un plan d'action d'amélioration continue de la qualité (PAACQ) dans le cadre du processus d'agrément 2025 est aussi utilisé. Il fait un état exhaustif du suivi des critères (auto-évaluation, actions requises, preuves de conformité et suivi de l'avancement des activités à réaliser).

Un comité de vigilance et de la qualité est actif et s'assure que l'établissement remplit ses obligations en matière de qualité envers les résidents. Un comité de gestion des risques est opérationnel et a pour rôle de suivre l'évolution de l'ensemble des dossiers et événements lié à la sécurité des résidents. On retrouve aussi un comité des résidents actif ainsi qu'un comité en milieu de vie. Un comité de santé et sécurité au travail (SST) est aussi présent au bénéfice des employés.

Le Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis véhicule une culture de bienveillance par des actions de promotion, de sensibilisation, d'information et de formations. On retrouve une politique sur la lutte contre la maltraitance.

L'établissement travaille en étroite collaboration avec de nombreux partenaires et plusieurs de ces derniers confirment des liens productifs (CISSS de Chaudière-Appalaches, Maison de soins palliatifs du littoral, Centre de formation professionnelle de Lévis, fournisseur de services alimentaires Sodexo, etc.). Les partenaires contactés ont tous manifesté de la satisfaction en regard de leur collaboration avec le Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis.

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

### **Gouvernance et leadership**

La planification stratégique 2024-2027 comprend 3 grandes priorités; le potentiel humain, la gestion efficace des ressources et la culture de sécurité. Une priorité est clairement dédiée à la qualité des soins et services. L'établissement est encouragé à bonifier certains de ses objectifs pour les rendre plus spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis (SMART).

L'établissement est aussi invité à bonifier les éléments reliés à la sécurité des soins et services dans sa planification stratégique, notamment la gestion intégrée des risques et le plan de sécurité des usagers comme partie prenante des priorités organisationnelles.

Un tableau de suivi des objectifs de la planification stratégique est utilisé comprenant les 3 priorités du plan stratégique 2024-2027. Il suit en pourcentage l'évolution des activités inscrites au plan et agit comme un tableau de bord de gestion très pertinent. Un plan d'action opérationnelle 2025-2026 est aussi en place.

### **Gestion des situations d'urgence et catastrophes**

Un plan des mesures d'urgence de 2011, révisé en 2025, est en place. Il comprend une description exhaustive des équipements de l'établissement, l'organisation des mesures d'urgence, les procédures d'évacuation ainsi que les procédures d'urgence selon les différents codes (violence, jaune/recherche d'un patient, etc.). Le plan comprend aussi les mesures de contingences en cas de problèmes majeurs (coupure d'eau, panne de courant, panne de chauffage, etc.).

L'établissement dispose de plusieurs moyens de sécurité pour ses résidents, dont des bracelets anti-fugues et des accès aux portes sécurisés par des codes aux unités de vie et à l'entrée principale.

### **Prévention et contrôle des infections**

Le programme de prévention des infections résulte d'une collaboration entre la conseillère en prévention des infections et la directrice des soins infirmiers (DSI) du Groupe Champlain, visant à mobiliser les intervenants pour un milieu sécuritaire. Il couvre l'ensemble des aspects liés au contrôle des infections, incluant protocoles, formations, audits et plans d'action. Le centre est encouragé à poursuivre ses efforts pour harmoniser ses pratiques avec celles du Groupe Champlain.

### **Gestion des médicaments**

Le programme de gestion des médicaments résulte d'une collaboration entre les pharmaciens et l'équipe de soins au sein du comité pharmacoclinique. Ce comité a permis la mise à jour des politiques et l'amélioration de l'accès à l'information pour le personnel, contribuant à des soins sécuritaires. Le déploiement du programme OPUS est imminent. Par ailleurs, la non-disponibilité de pompes à perfusion et l'absence de traitements IV sur place devraient être revues afin de réduire les transferts évitables vers les hôpitaux.

### **Expérience de soins des résidents**

Les employés bénéficient de formations sur des thèmes clés, dont la maltraitance, les troubles du comportement, les déplacements sécuritaires et l'usage des moyens de contention, qui demeurent une mesure de dernier recours. Un suivi clinique et de gestion est assuré en continu. Il est recommandé d'élargir cette offre en intégrant des notions liées à la diversité culturelle, religieuse et aux besoins variés en soins.

Le processus d'admission est bien organisé, avec un accompagnement personnalisé du résident et de ses proches. L'implication du préposé accompagnateur et la prise en compte de l'histoire de vie facilitent l'intégration. La participation des familles est encouragée dans les plans d'intervention, et l'équipe de soins assure une communication continue ainsi qu'un accès facilitant les services externes lorsque nécessaire.

Des protocoles de prévention des chutes et des plaies de pression ont été mis en place, soutenus par des formations et des activités de sensibilisation. Une grille d'évaluation du risque suicidaire est désormais utilisée pour toutes les nouvelles admissions. Bien que la double identification des résidents soit assurée par des bracelets et des photos, cette pratique contrevient à la vision ministérielle du milieu de vie. L'introduction des pompes à perfusion, accompagnée de la formation du personnel, est recommandée pour permettre l'administration des traitements IV sur place.

## **Soins centrés sur les personnes**

Les résidents et leur famille sont au centre des préoccupations de l'organisation. On peut percevoir les soins centrés sur la personne à plusieurs niveaux. Notamment, la planification stratégique fait un enjeu spécifique (priorité 3) des soins centrés sur la personne. Un usager partenaire et membre du comité de gestion des risques (CGR) et un poste d'usager partenaire est à combler au sein du comité de vigilance et de la qualité (CVQ). L'organisme est invité à poursuivre l'intégration d'usagers partenaires dans sa structure.

## **Aperçu de l'amélioration de la qualité**

Un cadre de référence et programme de gestion intégrée de la qualité qui a été révisé en 2021 est en place. Le cadre identifie les acteurs de qualité du milieu et les méthodes et outils utilisés (cycle de la qualité « Plan-Do-Check-Act » (PDCA), gestion des risques, sondages de satisfaction, sondages d'agrément et évaluation du rendement des employés) ainsi que le suivi des résultats (indicateurs, tableau de bord, rapport, etc.).

Un plan d'action d'amélioration continue de la qualité (PAACQ) dans le cadre du processus d'agrément 2025 est aussi utilisé. Il fait un état exhaustif du suivi des critères et normes visés par le processus d'agrément (auto-évaluation, actions requises, preuves de conformité et suivi d'avancement).

Un plan de sécurité des résidents est élaboré et mis en œuvre dans l'établissement. Le plan de sécurité est diversifié et touche plusieurs risques (prévention des chutes, gestion des agressions, erreurs de médicaments, prévention et contrôle des infections, mesures de contrôle, etc.). L'établissement est cependant invité à inclure son plan de sécurité sous forme de priorité dans la priorité 3 de sa planification stratégique 2024-2027. Il est aussi recommandé de préciser certains de ses objectifs pour les rendre plus spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis (SMART).

L'établissement réalise annuellement un sondage de satisfaction de la clientèle et produit un plan d'amélioration. Par exemple, pour l'année 2024, le plan propose des améliorations en relation avec les repas (goût et température), la procédure de plainte, le comité des usagers et l'implantation de préposés aux bénéficiaires accompagnateurs. Une activité similaire est prévue pour 2025.

## Statut d'agrément

Le statut d'agrément de Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis inc. est :

*Agréé avec mention d'honneur*

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

### Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément

Les installations suivantes ont été évaluées dans le cadre de l'évaluation sur place:

- Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis

<sup>1</sup>L'échantillonnage de l'établissement a été exécuté sur les organisations à sites multiples et service unique, ainsi que les organisations à établissements multiples et services multiples.

## Pratiques organisationnelles requises

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été établies comme essentielles à instaurer par l'organisation pour améliorer la sécurité des usagers et pour réduire les risques au minimum. Les POR contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité.

**Tableau 1. Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'organisation**

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gouvernance et leadership	Responsabilité liée à la qualité des soins	6 / 6	100.0%
Gouvernance et leadership	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.0%
Gouvernance et leadership	Plan de sécurité des usagers	4 / 4	100.0%
Gouvernance et leadership	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.0%
Gouvernance et leadership	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.0%
Gouvernance et leadership	Divulgarion des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	3 / 3	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Taux d'infection	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Médicaments de niveau d'alerte élevé	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Sécurité liée à l'héparine	1 / 1	100.0%
Gestion des médicaments	Sécurité liée aux narcotiques	2 / 2	100.0%

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

# Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

La section suivante comprend les résultats à la fin de l'évaluation sur place provenant de l'évaluation par attestation (le cas échéant et des évaluations sur place).

## Chapitre 1: Gouvernance et leadership

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

### Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 2 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

Un conseil d'administration (CA) a été formé entre des gestionnaires du Groupe Champlain, de Desjardins Sécurité financière et du Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis, à la suite de l'acquisition du centre par Desjardins Sécurité financière en 2007. La réalisation du sondage sur la gouvernance a démontré le besoin de revoir certaines responsabilités et obligations des membres du CA ainsi que la révision du règlement sur le fonctionnement du CA.

La planification stratégique 2024-2027 comprend 3 grandes priorités : le potentiel humain, la gestion efficiente des ressources et la culture de sécurité. Chaque priorité se décompose en orientations stratégiques et enjeux, jumelée en un plan d'action comprenant des objectifs, activités et indicateurs. Une priorité est clairement dédiée à la qualité des soins et services. L'établissement est par contre encouragé à bonifier les éléments et activités reliés à la sécurité des soins et services dans ce volet, notamment la gestion intégrée des risques et le plan de sécurité des usagers comme partie prenante des priorités organisationnelles.

Un tableau de suivi des objectifs de la planification stratégique est utilisé comprenant les 3 priorités du plan stratégique 2024-2027. Il suit en pourcentage l'évolution des activités inscrites au plan et agit comme un tableau de bord de gestion.

Un plan d'action opérationnelle 2025-2026 est en place. L'établissement est toutefois encouragé à bonifier ce plan en harmonisant les actions et objectifs qui y sont inscrits avec les orientations stratégiques et enjeux de sa planification stratégique 2024-2027. Le plan opérationnel doit découler du plan stratégique en précisant comment concrétiser les orientations et objectifs qui y sont priorisés. Ainsi, le plan opérationnel devrait décrire comment atteindre les objectifs du plan stratégique (activités, objectifs, moyens, ressources, responsables, échéanciers) pour un suivi en tableau de bord de gestion.

L'établissement est aussi encouragé à bonifier certains de ses objectifs pour les rendre plus spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis (SMART). Par exemple, la diminution de x% des rapports d'événements reliés à des agressions d'ici x mois. L'évaluation de l'atteinte des objectifs sera ainsi plus mesurable.

Un plan d'action d'amélioration continue de la qualité (PAACQ) dans le cadre du processus d'agrément 2025 est aussi utilisé. Il fait un état exhaustif du suivi des critères (auto-évaluation, actions requises, preuves de conformité et suivi d'avancement) pour les différents chapitres des normes d'agrément.

Un comité de vigilance et de la qualité (CVQ) est en place. Il est responsable d'assurer auprès du CA le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du protecteur du citoyen et de coordonner les activités pour exercer des responsabilités relatives à la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des résidents et le traitement des plaintes des résidents et de leurs proches. Les procès-verbaux consultés témoignent d'activités. On y discute notamment des rapports d'accidents et incidents, événements sentinelles et sondages de satisfaction des résidents. Il a aussi été constaté que le CA assure le suivi des activités du comité de vigilance et de la qualité en point statutaire à chacune de ses rencontres grâce au membre du CA siégeant au comité de vigilance.

Un comité de gestion des risques (CGR) est en place. Il est notamment responsable d'encadrer la gestion des événements indésirables (déclaration, divulgation, tenue d'un registre, formation, prévention) et de faire les recommandations requises au comité de gestion, établissement ainsi qu'au CA. La gestion des risques au regard des chutes, plaies de pression et plaies d'origine connue et inconnue, est un exemple d'interventions ciblées par le comité.

Un comité milieu de vie est en place et actif. Notons aussi la présence d'une conseillère en milieu de vie dans l'établissement. Le comité est notamment impliqué dans la réalisation du plan d'action à la suite du sondage de satisfaction de la clientèle de 2024 avec le comité des usagers et du suivi plan d'action de la visite ministérielle sur la qualité du milieu de vie de 2024.

L'organisme fait la promotion et l'utilisation de certains services de télésanté dans ses murs. Une politique préliminaire sur l'utilisation de la télésanté est en place. Il a été discuté et partagé que la politique devait être bonifiée pour permettre une vision plus large et intégrée de l'utilisation de la télésanté avec des partenaires externes (ententes de service, confidentialité, entreposage des données, transmission du dossier clinique, cheminement de l'utilisateur, corridors de service, etc.).

## **Tableau 2. Critères non conformes en matière de gouvernance et leadership**

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

## Chapitre 2: Modèles de prestation de soins

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

### Évaluation du chapitre: 91.3% des critères sont conformes

8.7% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 3 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### Résultats de l'évaluation :

L'établissement utilise des lignes directrices éclairées par des données probantes pour ses services, mais est encouragé à établir une procédure normalisée pour en faire le choix (comité de sélection des lignes directrices, ressources externes, associations reconnues, guides de sélection de lignes directrices par exemple, l'outil GRADE pour l'évaluation de la qualité des données probantes, etc.. Pour le moment, ce sont les lignes directrices du CISSS de Chaudière-Appalaches, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ou de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) qui sont privilégiées. Les professionnels (ergothérapeutes, travailleur social, nutritionnistes, médecins et pharmaciens) contribuent aussi à l'apport des meilleures pratiques dans le milieu.

L'évaluation de la contribution des employés est réalisée pour la majeure partie des employés.

### Tableau 3. Critères non conformes en matière de modèles de prestation de soins

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.2.4	L'organisme collabore avec les résidents, d'autres équipes et organismes pour fournir aux résidents des services de télésanté qui assure un suivi approprié, le cas échéant.	Priorité normale
2.2.5	L'organisme a conclu un accord écrit avec le prestataire de service qui fournit des services de télésanté et l'établissement de soins directs aux résidents qui reçoit des services de télésanté.	Priorité normale

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

Le chapitre 3 porte sur l'évaluation de la planification et de la gestion des situations d'urgence, des catastrophes et des épidémies pour les établissements de soins de longue durée. Une urgence est une situation actuelle ou imminente constituant un danger d'une importance majeure et pouvant causer des préjudices sérieux à des personnes ou des dommages matériels importants. Elle peut découler de forces de la nature, d'une maladie (y compris les épidémies ou d'autres risques à la santé, d'un accident, d'un acte intentionnel ou autre.

Les thèmes abordés dans ce chapitre comprennent la mise à jour des plans de préparation aux catastrophes, aux situations d'urgence et aux épidémies, la formation appropriée offerte à la main-d'œuvre et aux résidents, l'engagement avec les partenaires communautaires et les plans de communication (internes et externes).

L'évaluation des critères de gestion des situations d'urgence et des catastrophes s'applique à l'organisation, y compris à sa direction, à sa main-d'œuvre et à ses équipes de soins de soutien, et inclut les résidents, les proches ou les proches aidants.

### Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 4 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### Résultats de l'évaluation :

Un plan des mesures d'urgence de 2011, révisé en 2025, est en place. Il comprend une description exhaustive des équipements de l'établissement, l'organisation des mesures d'urgence, les procédures d'évacuation ainsi que les procédures d'urgence selon les différents codes (violence, recherche d'un patient, etc.. Le plan comprend aussi les mesures de contingences en cas de problèmes majeurs (coupure d'eau, panne de courant, panne de chauffage, etc.. Une entente contractuelle de 2021 avec un autre CHSLD est en vigueur en cas d'évacuation à la suite d'un sinistre.

Il a été discuté et recommandé d'ajouter au plan d'urgence des mesures proposées en ergothérapie en cas de panne de courant : des mesures de contingences pour les matelas thérapeutiques à air, des moniteurs de mobilités en prévention des chutes, des leviers sur rail, etc.

Un plan de continuité des affaires est en place. Il vise à assurer la reprise des fonctions administratives (informatique et téléphoniques en cas d'interruption de service de l'établissement par l'entremise de stratégies de continuité et des procédures associées. Il comprend les mesures nécessaires pour réagir à une situation qui entrainerait une interruption prolongée des activités de l'organisation, en mettant sur pied un plan de continuité des affaires.

L'établissement dispose de plusieurs moyens de sécurité pour ses résidents, dont des bracelets anti-fugues et des accès aux portes sécurisés par des codes aux unités de vie et à l'entrée principale. Il a été discuté qu'en cas de panne de courant et de la génératrice en même temps, la protection des systèmes d'accès codés des portes serait désactivée. En ce cas, il est recommandé d'un commun accord de mettre à la réception et de façon confidentielle la photo des résidents à haut risque de fugue.

Il a aussi été observé que la liste des résidents en cas d'évacuation n'était pas nécessairement la même à la réception que celle sur les unités de vie. Il a été discuté et recommandé de produire une nouvelle liste pour la réception et les unités de vie chaque jour.

#### **Tableau 4. Critères non conformes en matière de gestion des situations d'urgence et des catastrophes**

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

## Chapitre 4: Prévention et contrôle des infections

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

### Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 5 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### Résultats de l'évaluation :

Le programme de prévention des infections en vigueur dans le centre est le fruit d'une collaboration étroite entre la conseillère en prévention des infections du centre et la directrice des soins infirmiers (DSI) du Groupe Champlain. Cela témoigne de la volonté des 2 parties de mobiliser tous les intervenants œuvrant auprès des résidents pour assurer un milieu sécuritaire en matière de contrôle des infections. Le programme appréhende tous les aspects du sujet, en mettant en place des protocoles, politiques et procédures, formation, réalisation d'audits, analyse des résultats et diffusion aux équipes ainsi que l'élaboration de plans d'action adaptés à chaque situation. Nous encourageons le centre à continuer ses efforts afin d'harmoniser les politiques et procédures avec celles du Groupe Champlain.

### Tableau 5. Critères non conformes en matière de prévention et de contrôle des infections

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

## Chapitre 5: Gestion des médicaments

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

### Évaluation du chapitre: 100.0% des critères sont conformes

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

#### Résultats de l'évaluation :

Le programme de gestion des médicaments est le fruit d'une collaboration étroite entre les pharmaciens du centre et l'équipe de soins au sein du comité pharmacoclinique. Ce comité, guidé par la recherche de l'excellence et l'adoption des meilleures pratiques, a permis la révision et la mise à jour des différentes politiques. Un accès facilité aux politiques et procédures par l'intranet et le centre de documents, ainsi que par la disponibilité des pharmaciens sur site permettent d'offrir des informations et des réponses rapides au personnel soignant en ce qui a trait à la gestion des médicaments et cela dans le but d'assurer une prestation de soins sécuritaire.

Le centre poursuit actuellement ses travaux en vue du déploiement imminent du programme OPUS.

Par ailleurs, la non-disponibilité des pompes à perfusion et l'absence d'une offre de traitements intraveineux devraient être réévaluées, afin de limiter les transferts vers les hôpitaux lorsque ceux-ci peuvent être évités, et ainsi contribuer à la réduction de la pression sur les services d'urgence.

#### Tableau 6. Critères non conformes en matière de gestion des médicaments

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

## Chapitre 6: Expérience de soins des résidents

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

### Évaluation du chapitre: 98.4% des critères sont conformes

1.6% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 7 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

##### Former une équipe compétente :

Les employés ont accès à un programme de formation couvrant des thématiques essentielles telles que la lutte contre la maltraitance, la gestion des troubles du comportement, les déplacements sécuritaires et les moyens de contention. Ces derniers ne sont utilisés qu'en dernier recours puisqu'on privilégie toujours les moyens alternatifs. Un suivi systématique en continu est fait par l'équipe clinique et de gestion.

Nous recommandons à l'organisme d'enrichir son offre de formation en y intégrant des contenus portant sur le respect de l'héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.

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

Le processus d'admission est bien structuré et organisé. L'équipe de soins accompagne le résident ainsi que ses proches dans leur intégration au nouveau milieu de vie. Le rôle du préposé accompagnateur tout comme la prise en compte de l'histoire de vie du résident constituent des éléments facilitant cette transition.

La participation des familles à la prestation des soins est encouragée, notamment par leur contribution à l'élaboration des plans d'intervention individualisés. L'équipe de soins veille également à assurer une communication continue avec les familles et à faciliter l'accès à des services offerts par d'autres organismes lorsque les besoins du résident dépassent les ressources disponibles à l'interne.

##### Fournir des services sécuritaires et efficaces :

Des protocoles et procédures ont été mis en place afin de prévenir les chutes et d'en réduire les risques, ainsi que pour lutter contre les plaies de pression. Des formations sont offertes aux membres de l'équipe et aux bénévoles, accompagnées d'activités de sensibilisation à l'intention des résidents et des proches aidants. Ces initiatives ont permis d'obtenir des résultats significatifs.

Avec le soutien du Groupe Champlain, une nouvelle grille d'évaluation du risque suicidaire a été implantée et est désormais utilisée pour l'ensemble des nouvelles admissions.

Nous avons également observé que les résidents portent des bracelets d'identification, utilisés en complément des photos pour assurer une double identification (possibilité de refus. Toutefois, cette pratique est en contradiction avec la vision de milieu de vie préconisée par le ministère.

Enfin, nous encourageons l'organisation à introduire l'utilisation de pompes à perfusion dans le milieu de vie, accompagnée de la formation du personnel, afin de permettre l'administration sécuritaire des traitements intraveineux sur place.

### **Tableau 7. Critères non conformes en matière d'expérience de soins des résidents**

<b>Numéro du critère</b>	<b>Description du critère</b>	<b>Type de critère</b>
6.1.5	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les résidents, les familles ou les proches aidants tout en respectant l'héritage culturel, les croyances religieuses et les besoins diversifiés en matière de soins.	Priorité normale