



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis inc.

Lévis, QC

Dates de la visite d'agrément : 3 au 5 avril 2017

Date de production du rapport : 5 juillet 2017

Au sujet du rapport

Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis 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 avril 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

Sommaire	1
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
Résultats détaillés de la visite	10
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	12
Processus prioritaire : Gestion des ressources	13
Processus prioritaire : Capital humain	14
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	15
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	16
Processus prioritaire : Communication	17
Processus prioritaire : Environnement physique	18
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	19
Processus prioritaire : Cheminement des clients	20
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	21
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	22
Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	23
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Organismes extra-hospitaliers - Secteur ou service	24
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	25
Résultats des outils d'évaluation	28
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2011 - 2015)	28
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	32
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	34
Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	36

Annexe A - Programme Qmentum 37

Annexe B - Processus prioritaires 38

Sommaire

Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis 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

Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis 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 : 3 au 5 avril 2017**

- **Emplacement**

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

1. Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis

- **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 (2011 - 2015)
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires
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.)	27	0	1	28
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	10	0	0	10
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	146	0	7	153
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	56	2	1	59
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	73	1	1	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.)	231	0	10	241
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	22	0	0	22
Total	574	3	20	597

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	44 (97,8%)	1 (2,2%)	5	35 (100,0%)	0 (0,0%)	1	79 (98,8%)	1 (1,3%)	6
Leadership	50 (100,0%)	0 (0,0%)	0	94 (97,9%)	2 (2,1%)	0	144 (98,6%)	2 (1,4%)	0
Prévention et contrôle des infections - Organismes extra-hospitaliers	32 (100,0%)	0 (0,0%)	2	44 (100,0%)	0 (0,0%)	3	76 (100,0%)	0 (0,0%)	5
Gestion des médicaments - Organismes extra-hospitaliers	48 (100,0%)	0 (0,0%)	4	50 (100,0%)	0 (0,0%)	2	98 (100,0%)	0 (0,0%)	6
Soins de longue durée	55 (100,0%)	0 (0,0%)	0	99 (100,0%)	0 (0,0%)	0	154 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	229 (99,6%)	1 (0,4%)	11	322 (99,4%)	2 (0,6%)	6	551 (99,5%)	3 (0,5%)	17

* 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
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
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
But en matière de sécurité des patients : Communication			
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
But en matière de sécurité des patients : Communication			
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
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments – Organismes extra-hospitaliers)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
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
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
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
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
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.

Le Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis Inc. est situé en bordure du fleuve Saint-Laurent, il offre un environnement exceptionnel et une vue des plus spectaculaires appréciés par les résidents, les proches ainsi que le personnel.

Cet établissement privé conventionné, est la propriété de Desjardins Sécurité financière depuis 2007. La gestion administrative, clinique, ainsi que celle des ressources humaines est confiée au Groupe Champlain, une filiale de Groupe Santé Sedna.

La planification stratégique 2016-2019 comporte un énoncé de la mission, de la vision et des valeurs de l'organisation qui guident la prise de décisions administratives et qui soutiennent les actions du personnel. D'ailleurs, ces valeurs se retrouvent aussi dans le code d'éthique distribué à tous : au personnel, aux résidents et leurs proches.

Les membres du conseil d'administration (CA) ont été impliqués dans le processus de consultation qui s'est réalisé auprès de multiples instances, par exemple, avec les membres du comité de milieu de vie, du comité de résidents et avec des proches, et ce, dans le cadre d'une rencontre formelle.

Il existe une excellente collaboration avec les différents partenaires de la communauté notamment, avec les intervenants de la Maison de soins palliatifs du Littoral avec lesquels il y a un partage de services tels que les services alimentaires et ceux de la buanderie. Des ententes à l'amiable sont aussi établies pour le prêt d'équipement afin d'améliorer, entre autres, le milieu de vie de la clientèle qui est en fin de vie de l'organisation.

La communication avec les responsables du mécanisme d'accès à l'hébergement est fluide, les équipes travaillent en étroite collaboration. Lors de la visite, il n'y avait aucun résident sur la liste d'attente.

L'équipe de gestionnaires est dynamique et engagée. Le type de gestion de proximité exercée est certainement une condition favorable à l'établissement d'un climat de travail sain. Le personnel est dévoué, il a un souci constant d'amélioration de la qualité des soins et des services et il assure la sécurité des résidents.

Tous les résidents et membres de famille rencontrés lors de cette visite ont manifesté leur entière satisfaction à l'égard des soins et des services. Ils ont été unanimes pour qualifier le personnel de chaleureux et dévoué.

Depuis 2013, Le Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis participe à un programme de recherche en partenariat avec l'école de dentisterie de l'Université Laval pour la mise en place d'un programme de santé buccodentaire, adapté à la clientèle. L'établissement s'est d'ailleurs démarqué comme récipiendaire du

concours Innovation clinique Banque Nationale au niveau régional en juin 2016 et comme finalistes pour le même concours au niveau provincial lors du Congrès de l'OIIQ (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec), en novembre 2016.

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
Ensemble de normes : Gouvernance	
7.9 Le conseil d'administration supervise l'élaboration du plan de gestion du personnel talentueux de l'organisme.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
<p>Les membres du conseil d'administration (CA) accordent une place prépondérante à l'excellence en matière de sécurité, de qualité et de continuité des soins et services dispensés à la clientèle.</p> <p>Les rôles et responsabilités du conseil d'administration sont clairement définis et se réunissent régulièrement pour bien remplir leur mandat et assurer une prise de décision éclairée. Des rapports trimestriels sur la qualité et la sécurité des soins et services sont déposés et discutés aux réunions. De plus, des rapports financiers périodiques sont remis au CA et permettent un suivi rigoureux du rendement de l'organisme.</p> <p>Depuis la dernière visite d'agrément de février 2013, le conseil d'administration a répondu aux critères de non-conformité.</p> <p>Un élément à prendre en considération sera d'assurer une supervision du plan de gestion du personnel talentueux de l'organisme, particulièrement celui de la relève du personnel d'encadrement. L'importance de développer la capacité de leadership et les compétences chez les membres actuels de l'équipe peut contribuer au développement de sa capacité de leadership et contribuer à un milieu de travail sain en habilitant et en mobilisant les membres de l'équipe. Le développement du leadership devrait se faire de façon constante et continue, afin de favoriser une culture d'encadrement ou d'apprentissage.</p>	

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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
1.6 L'apport des usagers et des familles est obtenu dans le cadre des principaux processus décisionnels de l'organisme.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'organisme vient de compléter un vaste exercice de consultation (interne et externe) dans le cadre de sa planification stratégique triennale 2016-2019. Le tout a été élaboré dans le respect de sa mission, sa vision et ses valeurs organisationnelles. Quatre grands enjeux ont été retenus en marge de cet exercice, soit : la cohésion entre la stratégie de l'organisation et sa mise en œuvre afin d'améliorer sa performance globale, approfondir les connaissances du personnel dans toutes les sphères concernant les soins et services offerts à une clientèle en CHSLD et les mettre en pratique, innover dans la mise au point d'équipes engagées, stables et performantes et pour terminer, enrichir l'expérience client au cours du parcours de vie en hébergement.

Un suivi rigoureux annuel et des ajustements sont apportés, lorsque requis, aux opérations afin de maintenir le cap sur les enjeux identifiés.

Les programmes sont principalement fondés sur les commentaires recueillis auprès des résidents, de leurs proches, du personnel et des partenaires et des acteurs clés de la communauté.

Différents tableaux de bord de gestion sont disponibles et visibles au sein de l'organisation. Tous les indicateurs sont déposés au comité de gestion et les plus pertinents au conseil d'administration.

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)

Le processus de planification budgétaire annuelle est encadré par une politique adoptée par les membres du conseil d'administration. L'équipe de gestion participe activement aux étapes de planification et du contrôle budgétaire.

Le budget est adopté par les membres du comité exécutif du conseil d'administration et il est apporté comme recommandation afin qu'il soit aussi adopté par les membres du CA.

La direction générale dépose périodiquement des rapports de suivi au CA.

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
Ensemble de normes : Leadership	
10.5 Un plan de gestion du personnel talentueux qui comprend des stratégies de développement des compétences et des capacités de leadership au sein de l'organisme est établi.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le plan de développement des ressources humaines est bien implanté au sein de l'organisme. Le processus de dotation est rigoureux et il s'effectue dans le respect des profils de compétences définies.

Un programme d'accueil et d'orientation facilite l'intégration du nouveau personnel.

Des activités de formation sont offertes sur une base régulière à l'ensemble des intervenants et des bénévoles œuvrant dans l'établissement. Ces formations visent autant le développement des compétences que la sécurité des résidents et du personnel.

Le classement et l'archivage des dossiers du personnel correspondent aux normes établies.

Malgré le soutien offert aux intervenants pour parfaire le développement de leurs compétences, il n'existe aucun plan de gestion du personnel talentueux au sein de l'organisme afin d'assurer une relève du personnel d'encadrement.

Un élément intéressant à souligner, soit l'administration d'un sondage maison sur le respect, et ce, au cours des deux dernières années. L'analyse des résultats, de plus de 75 répondants (40% du personnel), a permis l'élaboration d'actions visant la bonification de climat de travail, cela a aussi contribué à prévenir la gestion des conflits, le harcèlement et la violence au travail.

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)

Un tableau de bord est déposé trimestriellement au conseil d'administration et il comprend le suivi de plusieurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins offerts aux résidents (contentions, plaies de pression, vaccination, chutes, erreurs de médicament et autres informations). Des tableaux sont également situés sur les unités de vie pour permettre une appropriation par le personnel, les résidents et les proches des progrès effectués et du souci de la sécurité dans la prestation de service. L'organisation s'associe aux meilleures pratiques et tendances en soins de longue durée pour ajuster et confirmer le choix de ses indicateurs.

Son plan de sécurité et de qualité, ses politiques et procédures font la promotion d'une culture de transparence et de sécurité dans les soins et services offerts au Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis. L'organisation est engagée : à développer une approche préventive interpellant la vigilance, la compétence et la responsabilisation du personnel quant aux résultats et à la satisfaction des besoins du résident, à maintenir un environnement sain, sécuritaire et propice à la dispensation des soins et services de qualité, à supporter une approche non punitive orientée vers l'apprentissage et à prôner une organisation de soins et services axés vers la primauté du résident.

Afin de confirmer son engagement au processus d'amélioration continue de la qualité, des ressources y sont investies pour appuyer les activités dans ce domaine et de la formation a été offerte.

Le nombre de plaintes déposées au commissaire aux plaintes et à la qualité des services est très peu nombreux. Une gestion de proximité favorise la gestion rapide et efficace des insatisfactions.

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)

L'organisation a mis sur pied, en 2004, un groupe de soutien à l'éthique (GSÉ), comité qui relève directement du conseil d'administration, et ce, par l'entremise de son comité de vigilance, qualité et gestions des risques.

Les membres du comité représentent la grande majorité des intervenants cliniques de l'organisation. Ceux-ci se réunissent minimalement quatre fois par année. Ils ont comme mandat de contribuer à la prise de décision juste et éclairée dans des situations de malaise ou de conflits de valeurs, et ce, dans le respect de la personne, de ses besoins, de ses capacités, de ses valeurs et de ses croyances.

Lors de la dernière année, les membres de ce comité ont travaillé à la révision du code d'éthique en consultation avec les intervenants, le comité de résidents et auprès d'un groupe de 26 familles, sur la création d'un feuillet d'information concernant les droits des résidents à l'intention des familles, du personnel et des bénévoles, sur la création d'un dépliant sur la vie et l'activité sexuelle des personnes hébergées, sur la création d'une capsule d'information sur la dysphasie et le consentement aux soins des résidents pour présentation à la table des infirmières et lors de café-rencontre pour résidents et proches.

Un élément intéressant à souligner est «la tournée biannuelle du code d'éthique» par le GSÉ sur les unités de vie. Plus particulièrement, le choix d'un droit, la discussion en équipe sur son impact dans le milieu et l'engagement pris de la part des intervenants pour faire vivre ce droit au sein de l'unité de vie; le tout affiché dans un « Cadre d'engagement ». Ce projet concret du respect des droits des résidents contribue à renforcer, au quotidien, la capacité de résoudre des malaises éthiques et des conflits d'intérêts.

Processus prioritaire : Communication

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

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

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

Un des points forts de l'organisation est sans contredit la communication tant interne qu'externe. Tous les partenaires et intervenants consultés ont souligné la qualité et la fluidité des communications.

Une politique de communication a été élaborée en 2004 et la dernière révision date de mars 2017, on y retrouve l'ensemble des éléments d'un plan de communication, par exemple, les rôles et les responsabilités, la clientèle visée, les objectifs, les moyens et les stratégies à privilégier et les outils de communication qui sont regroupés en trois grandes catégories distinctes : les moyens passifs (les écrits), les moyens interactifs (la communication orale et les moyens ouverts (la technologie), le tout dans un énoncé soulignant le contexte global d'amélioration continue de la qualité des soins et services dispensés.

Processus prioritaire : Environnement physique

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.

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

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

L'établissement est invité à se questionner sur la faisabilité de restreindre l'accès au sous-sol pour les résidents dans un souci de prévention de la sécurité des lieux, et ce, pour minimiser les risques d'incident/accident en soirée ou fin de semaine lorsque le nombre et la présence des intervenants sont plus limités.

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)

Les plans de mesures d'urgence sont élaborés et des chartes résumées sont disponibles dans chacun des secteurs d'activités.

Des exercices pratiques d'évacuation en cas d'incendie sont faits régulièrement, un retour sur le déroulement est fait avec l'équipe et il est consigné dans un rapport. Pour toutes interventions, le personnel connaît les différentes étapes, leur rôle et se dit être prêt à réagir en situation d'urgence. Ces exercices sont effectués sur les différents quarts de travail ce qui assure une sécurité d'interventions en cas d'éventuelle situation d'urgence.

Compte tenu de la grandeur de l'établissement et du terrain, l'équipe de mesures d'urgence est encouragée à procéder à des exercices concernant le code jaune, exercices qui consistent à la recherche d'un résident.

Il est important de souligner la relation de confiance qui s'est établie entre les responsables du centre et les intervenants municipaux, en l'occurrence, les services de pompiers qui sont appelés à intervenir.

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)

Le processus d'admission se fait avec l'intervenant régional du mécanisme d'accès. Il existe une excellente collaboration et compréhension des réalités du milieu. Tout est en mis en œuvre pour donner accès, le plus rapidement possible, aux lits disponibles.

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)

Un processus détaillé de planification, d'acquisition et de remplacement des équipements médicaux est utilisé par les différentes instances de l'organisation. Les processus d'acquisition et de remplacement sont clairs, conformes aux meilleures pratiques en la matière et évalués régulièrement. Des formations sont offertes au personnel concerné lors de l'acquisition d'un nouvel équipement et lorsque des mises à niveau sont effectuées. De plus, des fiches techniques sont regroupées sur toutes les unités de vie.

L'entretien préventif est bien encadré. Le suivi est consigné et l'information est disponible.

La stérilisation des petits équipements est effectuée à l'externe par entente de service. Des processus pour le pré nettoyage et le transport des instruments souillés au point d'utilisation sont bien définis dans une politique à cet égard.

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
----------------------	----------------------------

Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers – Gestion des médicaments

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 – Gestion des médicaments

Les étapes de circuit du médicament qui touchent la préparation et la distribution sont assurées par un fournisseur externe. La propriétaire, soit la pharmacienne est très impliquée dans les activités cliniques. La relation de confiance et la collaboration avec les membres de la direction, les équipes de soins et le médecin sont remarquables.

La liste des abréviations qui ne peuvent être utilisées a été définie par la pharmacie en collaboration avec la direction et les médecins. Afin d'informer le personnel qui administre la médication, cette liste est insérée dans les cartables d'administration de la médication et le cartable de la visite médicale. Les politiques et procédures sont claires, accessibles et mises à jour régulièrement.

Concernant la médication à risque élevé, une alerte de double vérification est apposée sur le formulaire d'administration. Ceci facilite la reconnaissance du personnel pour l'application de cette importante mesure de sécurité. En ce qui concerne l'utilisation des agents cytotoxiques, plusieurs moyens sont utilisés pour signaler au personnel qu'il y a des mesures à prendre lors de la préparation l'administration et le suivi.

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

La conseillère en prévention des infections est très disponible, elle apporte un grand support aux équipes de soins et services. Les activités de prévention et de contrôle des infections sont bien intégrées dans les différents milieux de vie. Elle privilégie une approche dynamique et créative pour promouvoir les activités de prévention et de contrôle des infections. Lors de la campagne de vaccination de l'automne 2016, elle a circulé dans le centre, déguisée en policière munie d'un chariot décoré pour simuler une voiture de police. Une telle initiative a apporté un côté ludique à la démarche qui a été très appréciée du personnel et a permis de passer d'un taux de vaccination de 60 % en 2015 à 64 % en 2016.

L'établissement est invité à développer des stratégies afin d'accroître le taux de vaccination pour les résidents de 83% pour se rapprocher de la moyenne qui se situe aux alentours de 90 %.

La mise en place de procédures conformes aux meilleures pratiques, l'utilisation de matériels dédiés, l'élaboration d'outils d'aide à la décision, le montage de matériel en disponibilité dans un local d'entreposage, toutes ces initiatives favorisent une saine gestion des éclosions. De plus, elles contribuent à améliorer la qualité et la sécurité des soins aux résidents.

La conseillère en prévention des infections et le chef de service hygiène et salubrité ont développé une belle synergie d'équipe. Avec une approche mobilisatrice mettant l'accent sur l'apport important de chaque membre de l'équipe, ils contribuent à développer le souci d'amélioration de la qualité, de la sécurité des résidents et de tout le personnel. D'ailleurs, ils sont maintenant passés d'une culture de «ménage» à une culture de «prévention».

Différents audits de qualité sont effectués par les deux gestionnaires. En ce qui concerne l'hygiène et salubrité, une grille de contrôle comportant différents éléments à observer tels que : l'époussetage, les distributeurs à savon et papier, les planchers et autres informations est utilisée par le responsable. Suite aux observations, les données sont compilées et diffusées aux membres de l'équipe.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	

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

Processus prioritaire : Compétences
--

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Leadership clinique
--

Les gestionnaires sont dynamiques, disponibles, ils ont une gestion de proximité qui se reflète dans l'implication du personnel, et ce, au quotidien. Il existe une approche de collaboration et de consultation avec tous, autant les professionnels que les employés de soutien et de support.

Tous les membres des équipes rencontrés sont dévoués, engagés et soucieux d'offrir un excellent service. Ils ont à cœur d'améliorer les conditions de vie des résidents, d'assurer leur sécurité ainsi que de maintenir un environnement de travail sain.

Les intervenants rencontrés ont été unanimes en ce qui concerne leur sentiment d'appartenance à l'organisation. Il s'agit d'une équipe fière de l'accomplissement de leur travail et consciente de l'importance du rôle qu'elle a joué auprès des résidents. Cela est certainement un gage de succès pour l'amélioration de la qualité des soins et services et la sécurité des résidents.

Processus prioritaire : Compétences
--

Les plans d'interventions sont révisés tous les ans et lors de changement de l'état de santé du résident. Ces révisions se font dans le cadre d'une rencontre interdisciplinaire animée par la conseillère en milieu de vie. Les différents intervenants y participent ainsi que le résident (34 % de participation). La famille ou

les proches sont présents (à 80 % des rencontres). S'ils ne peuvent se présenter, l'option de la conférence téléphonique leur est offerte ou l'infirmière fait le suivi par téléphone par la suite. Les membres de l'équipe travaillent en collaboration et respectent l'expertise et les compétences de chacun. Le personnel arrive aux rencontres en étant très bien préparé.

L'établissement offre plusieurs formations aux différents membres du personnel ainsi qu'aux bénévoles et familles. Par exemple, le programme national de formation Agir, le PDSB (Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires), le SIMDUT (Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail), les soins buccodentaires, le programme de prévention des chutes, pour ne nommer que ceux-ci.

Les évaluations de rendement du personnel se font régulièrement par les supérieurs immédiats. Les employés rencontrés ont mentionné leur appréciation en regard de cette démarche qui permet de prendre un temps d'arrêt et recevoir une rétroaction de leur chef.

Processus prioritaire : Épisode de soins

La tenue de dossier est digne de mention, les documents sont bien classés et facilement repérables. Plusieurs outils d'évaluation et de surveillance sont utilisés au dossier ou dans des cartables spécifiques, ils sont bien complétés et reflètent la situation clinique du résident. Le personnel des soins est assidu à noter leurs observations et partager l'information avec les différents professionnels.

Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit afin de faire le bilan comparatif des médicaments à l'admission ainsi qu'au retour d'une visite à l'hôpital. Les infirmières et les médecins s'en partagent les responsabilités. Les documents relatifs se retrouvent au début du dossier et sont bien complétés, tant à l'admission qu'au retour du résident, en cas d'hospitalisation. Le pharmacien du fournisseur de services est impliqué et collabore au suivi et il peut recommander des modifications au médecin.

Le programme de prévention et d'intervention à la suite d'une chute est appliqué avec rigueur. Il est en place depuis 2009 et il a été révisé en 2013. Différentes stratégies et mesures de protection sont mises en œuvre avec la collaboration et l'expertise des professionnels en ergothérapie.

Le programme de prévention et d'intervention en soins de plaies est en vigueur depuis février 2015. Le suivi des plaies est fait selon les lignes directrices. Quatre infirmières ont reçu une formation spécifique et partagent leur expertise avec le personnel soignant et les médecins. L'une d'entre elles est en démarche avec l'OIIQ (Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec) afin d'obtenir le droit de prescrire. Un comité des plaies a été mis en place et il se réunit tous les mois et au besoin. Il est suggéré à l'établissement d'utiliser la technologie pour la prise de photos des plaies, ce qui faciliterait le suivi de l'évolution de ces plaies.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'établissement a fait une importante révision du processus d'accueil. Des outils de collecte de données ont été développés, une pochette d'accueil est remise à la famille. Les familles rencontrées ont confirmé avoir reçu un accueil chaleureux. Le mot de bienvenue, à l'entrée, a d'ailleurs été mentionné par tous les membres des familles.

Tous les dossiers des résidents sont entreposés de façon sécuritaire et la tenue de ces derniers respecte les lois en vigueur pour la protection de la vie privée. Le personnel de soins infirmiers et tous les autres professionnels, consignent leurs notes de façon continue.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Plusieurs mécanismes de vérifications et de contrôles de qualité ont été mis en place afin d'évaluer la conformité aux pratiques. Ces procédures de vérification sont partagées entre les membres des équipes, ceci permet de maintenir un esprit de collaboration et un souci de rigueur. Des tableaux contenant les résultats des indicateurs de performance sont affichés au mur de chacune des unités de vie. Ces indicateurs touchent les chutes, l'utilisation des mesures alternatives, les infections et autres indicateurs pertinents. Les équipes sur le terrain connaissent ces tableaux, elles participent à leur suivi et elles apportent des pistes d'amélioration.

Des indicateurs de qualité sont examinés lors du comité de gestion des risques. Ils sont aussi diffusés aux proches. Les données sont présentées et discutées lors de la rencontre du comité de résidents.

La gestion des risques se vit au quotidien sur les unités de vie, tout le personnel est très sensibilisé en regard à la sécurité des résidents. Les déclarations d'incident/accident sont faites dans un contexte d'amélioration continue. La direction et les assistantes sont encouragées à introduire des points statutaires sur la sécurité et l'amélioration de la qualité, lors des rencontres avec les équipes.

Il est important de mentionner la mise sur pied d'un programme d'activités dirigées auprès des résidents. Il est en place depuis 2005. Ces activités sont faites par les préposés, elles permettent d'améliorer la qualité de vie des résidents au quotidien. Tous les nouveaux résidents y sont inscrits dès leur admission, il est révisé par la suite afin d'offrir les meilleures activités adaptées à leurs besoins spécifiques.

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 (2011 - 2015)

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 : 20 octobre 2015 au 15 décembre 2015**
- **Nombre de réponses : 1**

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	0	0	100	94
2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	0	0	100	95
3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	0	0	100	94

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
4 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3)	0	0	100	94
5 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	0	0	100	92
6 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	93
7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	96
8 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	94
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	94
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	0	0	100	95
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	0	0	100	89
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	0	100	92
13 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	95
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	0	100	0	90
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	0	0	100	97

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	95
17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	98
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	0	0	100	81
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	0	0	0	69
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	0	100	69
21 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	81
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	0	0	0	63
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	83
24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	0	0	100	82
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	0	0	100	69
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	0	0	100	95
27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.	0	0	100	88

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	94
29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	0	100	87
30 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	92
31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	0	0	90
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	0	0	0	83
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	0	0	100	90
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	0	0	92
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	0	0	95
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	0	0	100	91
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	0	91

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2015 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

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

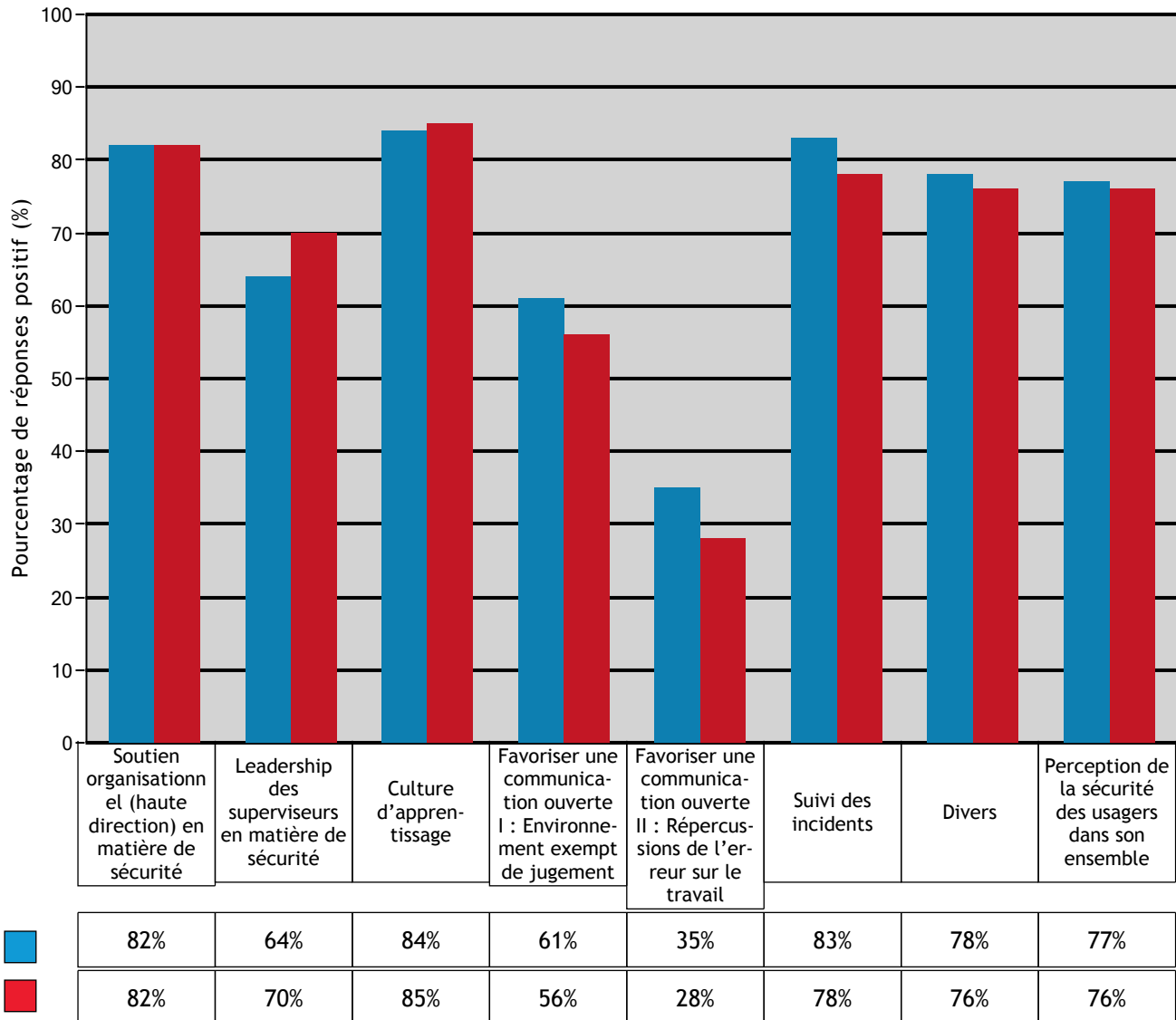
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les organismes, et ce, dans quelle mesure. Le Sondage sur la culture de sécurité des patients, un outil fondé sur l'expérience concrète qui offre des renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des usagers. Cet outil permet aussi d'accorder une note globale aux organismes pour ce qui est de la sécurité des usagers et d'évaluer diverses dimensions de la culture de sécurité des usagers.

Les résultats de l'évaluation de la culture de sécurité des patients permettent à l'organisme de cerner ses points forts et ses possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des usagers et à la qualité de vie au travail.

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

- **Période de collecte de données : 20 octobre 2015 au 15 décembre 2015**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 110**
- **Nombre de réponses : 110**

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



Légende

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

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

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

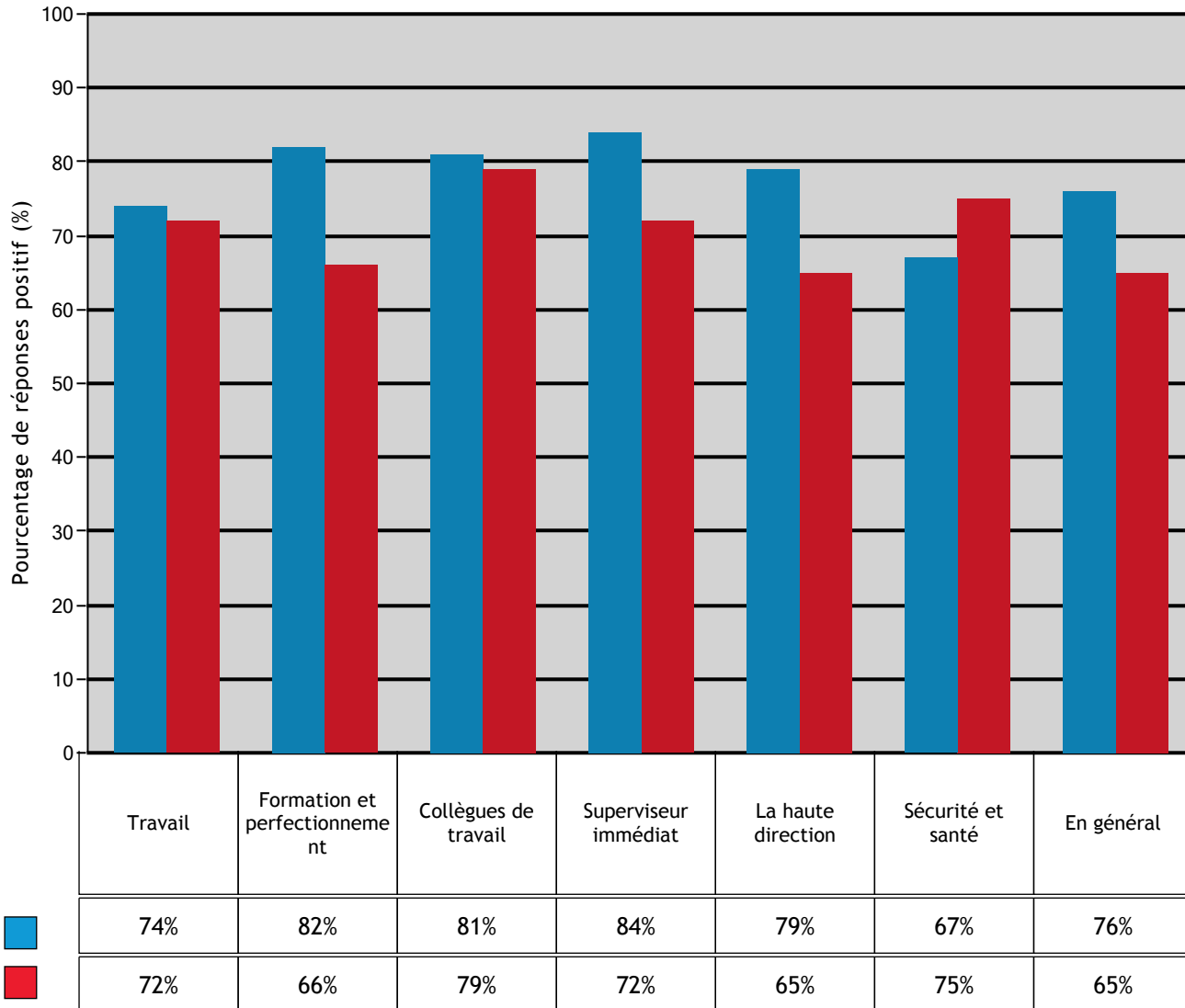
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend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

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

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

- **Période de collecte de données : 20 octobre 2015 au 15 décembre 2015**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 117**
- **Nombre de réponses : 135**

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



Légende

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

■ * Moyenne canadienne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

Planification des mesures à prendre

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

Évaluation des preuves et amélioration continue

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

Annexe B - Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
Capital humain	Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.
Cheminement des clients	Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.
Communication	Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.
Environnement physique	Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.
Équipement et 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.