



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum^{MD}
Soins de longue durée

CHSLD Manoir Harwood

Rapport publié : 23/05/2024

Table des matières

À propos d’Agrément Canada	3
À propos du rapport d’agrément	3
Confidentialité	3
Sommaire	5
À propos de l’organisation	5
Aperçu des observations de l’équipe de visiteurs	6
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	7
Aperçu du programme	8
Statut d’agrément	9
Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément	9
Pratiques organisationnelles requises	10
Résultats de l’évaluation divisés par chapitre	12
Gouvernance et leadership	12
Modèles de prestation de soins	15
Gestion des situations d’urgence et des catastrophes	17
Prévention et contrôle des infections	19
Gestion des médicaments	21
Expérience de soins des résidents	23
Aperçu de l’amélioration continue de la qualité	26

À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada (AC) est le plus important organisme accréditeur au Canada. Établi depuis plus de 60 ans, AC offre un éventail d'outils et de programmes d'évaluation destinés aux organismes de santé, de services sociaux et communautaires pour améliorer la qualité et la sécurité au Canada et dans le monde entier.

Nous continuons d'élargir notre influence et notre champ d'application. En collaboration avec notre société affiliée, l'Organisation de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d'amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d'évaluation et nos solutions d'amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12 000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d'élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d'atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d'évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l'ensemble de l'écosystème de santé.

AC et HSO sont des organismes indépendants, non gouvernementaux et sans but lucratif qui satisfont aux exigences étendues d'agrément par des tiers du Conseil canadien des normes, de l'International Society for Quality in Health Care (ISQua) et de l'Asia Pacific Accreditation Cooperation (APAC).

À propos du rapport d'agrément

L'organisation mentionnée dans le présent rapport d'agrément participe au programme d'agrément Qmentum^{MD} Soins de longue durée d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'organisation a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 22/04/2024 à 25/04/2024.

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

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'organisation mentionnée dans ce rapport d'agrément, et les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'organisation et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera 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. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet 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.

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni «tel quel» sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en common law, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité de ces dommages.

© Agrément Canada et ses concédants de licence, 2022. Tous droits réservés.

Sommaire

À propos de l'organisation

Entreprise familiale fondée en 1989 par monsieur Claude Blanchard, le CHSLD Manoir Harwood fête ses 35 ans. Le manoir est un centre d'hébergement privé conventionné de soins de longue durée de 150 lits et de 300 employés, situé dans la région de Vaudreuil-Dorion. Le Manoir finalise son projet d'agrandissement amorcé en 2019. Il est localisé dans un secteur paisible et à proximité des commerces et services. Au Manoir Harwood s'est ajouté aussi le CHSLD Soulanges. Celui-ci a été fondé en mars 2020. Il s'agit de 15 lits de location situés à Coteau-du-Lac sous la gouvernance du Manoir Harwood. Le Manoir Harwood et le CHSLD Soulanges ont été conventionnés récemment à la suite de l'annonce gouvernementale en mai 2023.

En continuité avec la tradition familiale, le Manoir Harwood est sous la gouverne d'un propriétaire unique, monsieur Jean-François Blanchard. L'Établissement a été agréé une première fois en 2013 par le Conseil québécois. Il a également été récipiendaire du prix d'Employeur Remarquable entre 2018 et 2020 par le Bureau de normalisation du Québec. Il s'agit de la première visite d'Agrément Canada pour ce cycle en 2024. Cette visite survient à un moment clé d'agrandissement pour le manoir Harwood et dans le contexte de son récent conventionnement par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La mission du Manoir Harwood est d'offrir au résident un milieu de vie de qualité, adapté à ses besoins et en constante évolution. La vision de l'entreprise familiale est fondée sur des valeurs humaines. L'équipe s'engage à toujours orienter leurs actions et décisions dans l'intérêt et les désirs des résidents. La philosophie est donc orientée vers la famille et vers l'épanouissement et le bien-être des résidents et proches. Les valeurs phares du Manoir Harwood sont la communication, la créativité, l'engagement, la reconnaissance, le respect, la rigueur et le travail d'équipe.

Au plan démographique, la région Vaudreuil-Soulanges vit une période de croissance depuis plusieurs années, soit une augmentation de population de 18% dans les 10 dernières années. Elle compte maintenant plus 164 000 habitants. L'arrivée d'un nouvel hôpital dans Vaudreuil-Soulanges à la fin 2026 permettra aussi une meilleure capacité hospitalière dans la région. L'hôpital comptera 404 lits. Cela permettra de répondre aux besoins croissants de santé et services sociaux, notamment liés au vieillissement de la population.

Ce contexte régional se situe en synergie avec le développement actuel du Manoir Harwood. La nouvelle unité comporte 6 étages et plus de 100 nouvelles chambres, ce qui permettra d'accueillir à terme un total de 150 personnes au sein du CHSLD. L'établissement s'est assuré de mettre en valeur le concept des milieux de vie par le regroupement des résidents en petits groupes d'environ 9 à 10 résidents dans une même unité. Ces unités s'appellent « maisonnée ». Ce nouveau concept d'habitation, issu de consultations faites par le Manoir Harwood auprès d'experts, vise à favoriser la cohabitation et à contribuer au calme des résidents, peu importe leur condition clinique.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Le Manoir Harwood est sous la gouverne d'un propriétaire unique. L'instance est constituée par le comité de direction. Plusieurs comités organisationnels sont en place tels que le comité des usagers, le comité qualité et vigilance, le comité de gestion des risques, le comité milieu de vie et le comité d'agrément. La direction générale est également en lien avec une conseillère à la qualité, un commissaire à la qualité et aux plaintes et un conseiller de l'Institut du tourisme et d'hôtellerie du Québec.

L'organisme a été un des premiers centres d'hébergement privés pour personnes âgées à être conventionnés via une entente avec le ministère de la Santé et des Services sociaux au Québec. Le directeur général et propriétaire du Manoir Harwood est très impliqué dans la communauté et de nombreux partenariats existent avec la ville et plusieurs associations et institutions.

L'équipe de gestion est composée de trois directrices, la directrice des soins infirmiers, la directrice des services auxiliaires et la directrice des finances. De plus, l'équipe compte sur une gestionnaire responsable du milieu de vie, des chefs et coordonnatrices d'activités en soins infirmiers et d'un chef cuisinier. Les gestionnaires font preuve de grand professionnalisme. L'agilité organisationnelle et la coopération de l'équipe d'encadrement sont aussi dignes de mention.

Le personnel du Manoir Harwood a augmenté de manière significative dans les derniers mois à la suite des travaux majeurs d'agrandissement de l'établissement. L'établissement compte maintenant sur 300 employés, 7 médecins, près de 150 résidents en plus des 15 résidents au CHSLD Soulanges. Il y a très peu de main-d'œuvre indépendante qui œuvre au sein de l'établissement. L'équipe de direction est accessible et présente auprès des équipes de soins. Plusieurs activités de reconnaissance sont offertes aux employés. La vie professionnelle est caractérisée par une ambiance familiale cohérente avec le concept de milieu de vie. Le service des ressources humaines a mis en place un comité intitulé « Rendre Heureux » afin de faciliter l'intégration des nouveaux employés et favoriser la vie d'équipe.

Le résident et ses proches sont au centre des soins et des services de l'établissement. Les médecins, les infirmières, les professionnels et l'ensemble du personnel de soutien et les cadres se mobilisent pour répondre de façon rapide, pertinente et sécuritaire à leurs besoins. Nous tenons à souligner l'approche humaniste, globale, intégrée des soins qui caractérise l'offre de services.

La plupart des pratiques organisationnelles sécuritaires et des normes prioritaires sont atteintes par l'établissement. L'engagement du corps médical et des équipes de soins assurent une prestation des services de qualité dans un contexte de haute complexité des soins. Nous constatons que des efforts ont été redoublés pour comprendre et atteindre les normes de qualité. Nous encourageons l'établissement à continuer ses efforts afin de consolider certaines pratiques cliniques : dépistage des chutes, prévention du suicide, transmission de l'information clinique.

Les résidents et les familles rencontrés au Manoir Harwood et au CHSLD Soulanges sont très satisfaits des services reçus. L'accueil des résidents par l'équipe est remarquable. Les familles mentionnent la délicatesse du personnel et l'esprit de famille qui règnent dans l'établissement. Elles se sentent faire partie de cette grande famille. Les nouvelles installations sont confortables, les familles disent se sentir comme à la maison. Des membres de famille ont partagé la qualité et l'adaptation de soins reçus par leur proche qui ont permis d'améliorer sa santé et sa joie de vivre. Des membres du comité des résidents ont mentionné que le comportement du personnel est exceptionnel. Dans le contexte d'accroissement de la clientèle, certaines pistes d'amélioration sont suggérées par les familles et résidents notamment la réactivation d'un comité de bénévoles et l'augmentation des heures de présence de la technicienne en loisirs au CHSLD Soulanges.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

L'établissement s'est agrandi et présente un milieu moderne, accueillant et bien aménagé pour la clientèle. Il permet une réponse efficace et efficiente aux besoins de plus en plus complexes des résidents et de la population. La présence des médecins et des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) assure une stabilité dans la prise en charge des résidents selon les meilleures pratiques. De plus, l'approche humaniste, l'agilité et l'engagement des gestionnaires, des infirmières et du personnel de soutien complètent une offre de services de qualité et sécuritaire.

Dans les domaines d'amélioration, l'établissement est encouragé à ralentir la cadence des transformations afin de consolider les acquis. Le développement de la culture de la mesure, c'est-à-dire, évaluer ce qui ne fonctionne pas et établir les pistes d'amélioration, constitue une opportunité pour viser l'excellence des services tant au niveau clinique qu'au niveau de la gestion. Le développement d'une vision globale, intégrée et transversale des indicateurs de qualité, est à prioriser pour guider une prise de décision managériale centrée sur les besoins cliniques des résidents.

Aperçu du programme

Le programme Qmentum^{MD}-- Soins de longue durée, adapté à l'aide du programme Qmentum^{MD} d'Agrément Canada, a été personnalisé pour répondre aux besoins en matière de soins et aux valeurs fondamentales des établissements de soins de longue durée. Le but étant de guider l'amélioration continue de la qualité, le programme s'appuie sur les principes de soins centrés sur la personne. Il a été conçu conjointement à partir des idées et des conseils d'un groupe diversifié de parties prenantes du domaine des soins de longue durée.

Le Programme Qmentum^{MD}-- Soins de longue durée est un programme d'agrément qui oriente et soutient l'organisation dans sa trajectoire d'amélioration continue de la qualité visant à offrir des soins sécuritaires, fiables et de haute qualité à ses résidents. Les principaux volets du programme sont notamment le cycle d'agrément continu, l'outil d'évaluation mis à jour divisé en chapitres, quatre méthodes d'évaluation complètes, deux sondages ¹ (le Sondage sur le fonctionnement de la gouvernance et le Sondage mené auprès de la main-d'œuvre sur le bien-être, la qualité et la sécurité) et une plateforme numérique en nuage sécurisée qui servira à la réalisation de ces activités.

¹ Le présent rapport ne comprend pas les résultats des sondages et les commentaires connexes.

Le cycle d'agrément continu comprend quatre phases, au cours desquelles les activités d'agrément sont échelonnées sur quatre ans. Chaque phase comprend des méthodes d'évaluation et des sondages précis qu'il faut appliquer pour passer à la phase suivante. Au fur et à mesure que l'organisation progresse dans chaque phase du cycle, il faut préparer et mettre à jour un Plan d'action d'amélioration continue de la qualité (PAACQ) pour cerner les pistes d'amélioration de façon constante. L'objectif du PAACQ consiste à étudier les résultats des méthodes d'évaluation et des sondages et à prendre des mesures en conséquence, et ce, sur une base continue. Cela permet de cerner les points à améliorer et d'y remédier et de promouvoir la trajectoire d'amélioration continue de la qualité de l'organisation.

L'outil d'évaluation à l'appui de toutes les méthodes d'évaluation (autoévaluation, évaluation virtuelle, attestation et visite sur place), de même que les résultats présentés dans ce rapport, est divisé en chapitres thématiques, comme indiqué ci-dessous. Le rapport comprend un résumé complet des observations des visiteurs, le statut d'agrément accordé à l'organisation, les installations visitées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des processus prioritaires.

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

Statut d'agrément

Le statut d'agrément de CHSLD Manoir Harwood est :

Agréé

L'organisation a réussi à répondre aux exigences fondamentales du programme d'agrément.

Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément

Cette organisation exerce ses activités dans 1 installation différentes. Des évaluations virtuelles ² et des attestations ³ seront effectuées à toutes les installations de l'organisation, le cas échéant.

² Une évaluation virtuelle peut ne pas être nécessaire en fonction du calendrier de transition et des progrès réalisés dans le cycle d'agrément de l'organisation.

³ Une évaluation de l'attestation peut ne pas être nécessaire en fonction du calendrier de transition et des progrès réalisés dans le cycle d'agrément actuel de l'organisation.

Le tableau suivant présente un résumé des installations ⁴ évaluées lors la visite sur place de l'organisation.

⁴ 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.

Tableau 1. Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Sur place
CHSLD Manoir Harwood	✓
CHSLD Soulanges	✓

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. Les directives du Comité d'approbation du statut d'agrément (CASA) imposent l'atteinte de 80 % et plus des critères associés aux tests de conformité des POR.

Tableau 2. 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	3 / 4	75.0%
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	6 / 7	85.7%
Gouvernance et leadership	Divulgence 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	0 / 0	0.0%

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gestion des médicaments	Sécurité liée aux narcotiques	1 / 1	100.0%
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	4 / 6	66.7%
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	0 / 5	0.0%
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	2 / 5	40.0%
Expérience de soins des résidents	Sécurité liée aux pompes à perfusion	0 / 0	0.0%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

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: 95.1% des critères sont conformes

4.9% 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 :

Le manoir Harwood est dirigé par un propriétaire unique qui occupe aussi la fonction de Directeur général de l'Établissement. Au fil des années, le directeur général a développé un partenariat fructueux avec les acteurs socio-économiques municipaux, régionaux et ministériels. Ces partenariats ont permis à l'organisme de bénéficier du soutien et de services dans un environnement compétitif et parfois difficile.

L'équipe du Manoir Harwood a élaboré une planification stratégique qui a été actualisée en 2024. Le plan stratégique identifie les tendances clés de l'environnement, les développements majeurs et les opportunités et défis de l'établissement. Le Manoir Harwood anticipe des changements majeurs en lien avec l'augmentation du nombre de lits, le conventionnement de même que l'augmentation de la clientèle et la spécialisation de certains besoins. Ce faisant, l'établissement souhaite prioriser les résidents, clarifier et décentraliser les responsabilités du personnel. La communication, le leadership du service des Ressources humaines et la coopération interservice font partie des stratégies identifiées pour assurer le succès de ces changements.

Trois principaux objectifs découlant du plan stratégique sont établis : une main-d'œuvre suffisante et engagée, rester centré sur le bien-être des résidents et leur satisfaction et se structurer pour assurer la réussite du conventionnement, de la croissance et de la spécialisation des services.

La visite a d'abord permis de constater la préparation rigoureuse et la collaboration exemplaire des équipes au processus d'amélioration continue d'Agrément Canada. Le leadership inspirant et authentique du directeur général et de l'équipe de direction est digne de mention. Le propriétaire regorge d'idées et de réflexion pour poursuivre la progression de l'organisme tout en ayant à l'esprit une préoccupation constante du bien-être des résidents et de la qualité des services à offrir. L'équipe de direction se rencontre chaque semaine et les communications sont fluides et harmonieuses. Les équipes rencontrées aiment travailler au Manoir Harwood et elles apprécient l'écoute, le sens des décisions, la présence et l'accessibilité constante des dirigeants. Toute l'équipe, incluant le comité des résidents et des familles, mérite des félicitations pour cette approche humaine remarquable.

À la suite des récents travaux d'agrandissement et au rythme rapide d'admission de nouveaux résidents ces derniers temps, il sera important de stabiliser et de consolider les services et les équipes. Des changements majeurs sont également en cours au plan des services financiers et au niveau des ressources humaines. Un certain essoufflement est observable et exprimé par certains. L'organisme est conscient de ces enjeux et des stratégies sont en place ou à l'étude pour équilibrer le tout. Nous invitons l'organisme à poursuivre l'ajustement de la capacité organisationnelle selon les priorités et les obstacles qui se présentent.

Au niveau des pratiques organisationnelles requises, la bonne gouvernance, l'engagement et la coopération de l'équipe de direction constituent des forces organisationnelles. Nous encourageons l'établissement à poursuivre les initiatives de soutien et de développement des compétences de l'ensemble de l'équipe d'encadrement.

Au niveau des dossiers des employés, l'organisme s'assure que les principales politiques, code d'éthique et engagement à la confidentialité des employés soient lus, signés et respectés. Avec l'augmentation du nombre d'employés, un défi est relevé afin de poursuivre l'amélioration des pratiques administratives et de la tenue des dossiers des employés. À titre d'exemple, nous invitons l'organisme à s'assurer que l'ensemble des documents requis soient versés au dossier au moment requis et de manière organisée.

La culture de prévention de la violence au travail et de prévention de la maltraitance est également à souligner et à maintenir. Cependant, même si le volume est faible, l'organisme doit s'assurer de capter par écrit le nombre et le type d'événement relié à des situations potentielles ou réelles de maltraitance. Aussi, vu la croissance du nombre de lits, nous encourageons l'établissement à développer un sommaire de l'ensemble des indicateurs de risque et de qualité au plan organisationnel qui facilitera les suivis et le monitoring stratégique au comité de direction.

La croissance du nombre de lits s'ajoute à l'augmentation et à la complexité des besoins de la clientèle. Ces changements dans l'environnement interne nécessitent davantage de structuration au niveau de la gestion de la qualité et des risques cliniques et organisationnels. Des processus planifiés d'évaluation sont nécessaires à mettre en place, avec l'apport des résidents et familles, pour assurer l'amélioration continue des standards de qualité et de sécurité, dont ceux en lien avec les mécanismes de gestion de déclaration et de divulgation.

Nous invitons l'équipe de direction à poursuivre la planification et l'amélioration des divers plans d'action. À titre d'exemple, bien identifier les porteurs responsables, définir les indicateurs de mesure et convenir des standards d'excellence à maintenir selon un cycle d'amélioration continue. Au niveau tactique et opérationnel, l'organisme est invité à se doter de pratiques et de procédures qui vont permettre d'assurer de manière systématique la boucle d'amélioration continue lors de la prestation de soins et services. Cela dit, la culture familiale reste bien vivante au Manoir Harwood et les équipes tiennent à conserver cette marque distinctive qu'elles valorisent tout autant que la clientèle. Cela constitue une assise solide pour poursuivre la mission et l'évolution harmonieuse du Manoir Harwood.

La télésanté constitue une opportunité fort prometteuse à développer dans l'établissement pour s'adapter aux nouveaux défis à venir. Une politique organisationnelle et diverses procédures sont nécessaires à élaborer et à mettre en œuvre pour assurer le développement harmonieux et sécuritaire de cette modalité de service.

Enfin, soulignons l'engagement et le dévouement des familles rencontrées dans les deux sites. La participation des familles apparaît comme une opportunité de pérennité et d'innovation via le concept reconnu du résident et de la famille partenaire. Nous encourageons l'établissement à évaluer si une approche d'intervention autour du concept de résident et de la famille partenaire pourrait s'avérer contributive à la vision organisationnelle. Avec le comité des résidents, les partenariats pourraient se développer encore davantage à tous les niveaux de l'organisation tant au plan clinique qu'administratif.

Tableau 3. Critères non conformes en matière de gouvernance et leadership

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.2.12	La protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements sur les résidents sont assurées, conformément aux lois applicables.	Priorité élevée
1.2.15	Plan de sécurité des usagers	POR
	1.2.15.3 Le plan comprend la sécurité des résidents sous forme de priorité ou de but stratégique formulé par écrit.	
1.2.17	<p>Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers</p> <p>1.2.17.7 L'efficacité du mécanisme de gestion des événements est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Voici des mécanismes d'évaluation possibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recueillir la rétroaction des résidents, des familles ou des proches aidants et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place. • Assurer la surveillance des rapports sur les événements en fonction du type d'événement et de sa gravité. • Examiner si les améliorations sont mises en œuvre et maintenues. • Déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les événements. 	POR

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: 94.7% des critères sont conformes

5.3% 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 :

L'établissement a des équipes de soins déployées sur 6 unités de soins ayant entre 17 et 19 résidents par unité. L'équipe est formée par des infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposées aux bénéficiaires (ex. : jour = 1 infirmière/2-3 unités de soins + 1 infirmière auxiliaire par unité + 3-4 PAB/unité). L'équipe multidisciplinaire comprend deux travailleuses sociales, deux techniciennes en éducation spécialisée, un nutritionniste, un ergothérapeute et un physiothérapeute sur demande. Nous tenons à souligner la présence de deux infirmières praticiennes spécialisées (IPS) une fois/semaine au CHSLD Manoir Harwood et CHSLD de Soulanges depuis 2020.

Concernant les modèles de prestation des soins, l'établissement répond presque à l'ensemble des normes. Nous soulignons l'évaluation et le suivi des soins de la peau et des plaies. De fait, la mise en place d'un excellent outil maison (fichier Excel) simple et complet permet de suivre les résidents (ex. : stades de plaies, type de plaies, début et fin des traitements, etc.) par unité de soins de façon continue. Le personnel soignant est en mesure d'avoir une vue d'ensemble des plaies et d'assurer un suivi de qualité. Il serait opportun d'intégrer les données colligées afin que les gestionnaires puissent faire des constats transversaux et prendre les décisions cliniques nécessaires pour continuer à déployer les meilleures pratiques au regard de l'activité réservée des infirmières en matière des soins des plaies.

Toutefois, certaines POR requièrent une attention particulière pour s'assurer de répondre aux normes de qualité et de sécurité, notamment la prévention du suicide, le risque de chutes et la transmission de l'information. Premièrement, le dépistage et la prévention du suicide requièrent le déploiement du Protocole en matière de prévention du suicide en vigueur depuis mars 2023 dans l'établissement. Plusieurs dossiers consultés n'ont pas de trace clinique permettant de confirmer que les résidents présentant un risque de suicide soient détectés. Le personnel infirmier n'a pas été formé au dépistage. L'évaluation du risque peut être faite par le personnel ayant reçu la formation (ex. TS ou par un intervenant de l'organisme Le Tournant). Or, la consultation d'un dossier d'un résident évalué à risque léger de suicide à partir de la grille d'estimation de la dangerosité n'avait pas de plan d'intervention ou de plan de suivi planifié avec les personnes concernées (voir annexe 2 du Procédé du risque de suicide). Deuxièmement, en regard de la prévention des chutes, nous soulignons les efforts des équipes de soins et médicaux pour améliorer la sécurité des résidents.

À cet égard, la révision de la polymédication par les médecins pouvant avoir un impact sur le risque de chutes, la mise en place des méthodes alternatives (ex. : caméras, systèmes infrarouges, tapis, tournées, etc.) permettant une surveillance proactive, le recours exceptionnel aux contentions à la suite d'une ordonnance médicale et l'accord de la famille (ex. : deux résidents ont des contentions sous étroite surveillance). Les grilles d'évaluation de dépistage et postchutes sont connues, utilisées et complétées par le personnel. Nous portons à l'attention de l'établissement la raison d'être de laisser deux semaines postadmission pour procéder à l'évaluation clinique complète. À ce sujet, du moment que le risque de chutes est inscrit dans le PTI, la grille d'évaluation Scott devrait être complétée et les logos identifiés et apposés dans les équipements du résident (ex. : Protocole du risque des chutes, p.16). En outre, il importe de souligner que la propreté des planchers, l'éclairage adéquat et les couloirs dégagés facilitent le programme de marche. Toutefois, l'efficacité des activités de prévention des chutes et de réduction des blessures ne semble pas être évaluée (ex.: audits sur la complétion des grilles d'évaluation du risque des chutes et postchutes). Troisièmement, la transmission de l'information requiert l'élaboration d'outils de documentation normalisée afin de minimiser les risques lors de la transmission des renseignements pertinents relatifs aux soins. Il peut arriver que les renseignements cliniques soient incomplets aux points de transitions. De façon générale, plusieurs activités de surveillance et de contrôle sont mises en place (ex.: fichier Excel avec le suivi des plaies de pression, caméra de surveillance du résident, etc.), mais l'établissement ne semble pas avoir une approche proactive et prédictive en vue de cerner les risques pour la sécurité en amont (ex. le nombre de chutes, le nombre de plaies de pression, le nombre des résidents à risque du suicide).

Nous avons constaté quelques éléments d'amélioration soit : 1) déployer le Protocole de dépistage du suicide et former le personnel concerné, 2) intégrer un outil de suivi pour les chutes et les admissions s'inspirant de ce qui se fait déjà avec les plaies pour avoir une vue globale et transversale de l'état de santé des résidents, 3) continuer les efforts de révision de la polymédication, 4) s'assurer de compléter les grilles d'évaluation dès qu'un risque de chute est identifié, 5) formaliser les rencontres d'équipes cliniques, 6) communiquer les résultats des audits dans des rencontres formelles d'équipes et les actions à mettre de l'avant pour améliorer les résultats visés, 7) utiliser des stations visuelles dans les postes d'infirmières pour suivre l'évolution des indicateurs de qualité, 8) élaborer des outils normalisés pour le transfert de l'information clinique aux points de transitions et 9) intégrer les données colligées afin que les gestionnaires puissent faire des constats transversaux et pouvoir prendre les décisions cliniques qui s'y imposent.

Tableau 4. Critères non conformes en matière de modèles de prestation de soins

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.7	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	Priorité élevée

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: 81.3% des critères sont conformes

18.8% 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 :

Malgré les travaux majeurs d'agrandissement, le Manoir Harwood a adopté et mis en œuvre un plan de sécurité incendie et mesures d'urgence (PSIMU) en décembre 2023 avec le soutien de PMU Québec Inc. Ce plan est détaillé et en lien avec le plan de gestion de crise et le plan de reprise des activités.

L'ensemble du PSIMU comprend plusieurs sections incluant les types d'urgence, l'organisation, le processus de communication, la mécanique du bâtiment, la formation, l'entretien des équipements, les plans et schémas de même que les canevas de formulaires à utiliser en annexe. Le plan identifie clairement les rôles et responsabilités des acteurs en sécurité incendie et mesures d'urgence. La responsable des mesures d'urgence a également mené des ententes avec des partenaires hôteliers de la région en cas de nécessité de déplacement de la clientèle.

Des formations ponctuelles ont été offertes aux équipes, des exercices ciblés ont été réalisés et des fiches d'information ont été produites à l'intention des résidents et de la famille. D'autres initiatives sont également à venir, dont un point permanent sur les mesures d'urgence au comité de gestion des risques et des exercices pratiques planifiées sur une base régulière.

Pendant les travaux d'agrandissement, des événements sont également survenus au Manoir Harwood, notamment une panne électrique, une inondation et du verglas. L'ensemble de l'équipe s'est rapidement mobilisé pour gérer ces situations et plusieurs actions ont été entreprises pour améliorer la clarté des processus reliés aux mesures d'urgence. L'établissement est encouragé à mettre par écrit les évaluations des risques qui ont mené aux apprentissages et aux améliorations de la sécurité afin de bonifier la mise à jour éventuelle du PMUSI.

Le Manoir Harwood loue également 15 places au CHSLD Soulanges. Le CHSLD est situé au Centre Michel Leduc à Coteau-du-Lac. C'est un bâtiment moderne construit il y a une dizaine d'années sous la responsabilité du Groupe Quatre Saisons. Le Centre est bien adapté pour la prévention des incendies.

La collaboration des responsables du plan des mesures d'urgence du Centre Michel Leduc est excellente. Le plan est bien défini et fait l'objet de formations, d'exercices et d'un suivi rigoureux. Au niveau de l'information des résidents et leur famille sur les mesures d'urgence, nous suggérons de mettre en place un mécanisme simple et visuel d'information qui permettrait de sensibiliser les résidents et leur famille sur leur rôle et le déroulement d'une mesure d'urgence. De plus, il est recommandé que les responsables du Centre Michel Leduc puissent compléter leur plan de mesures d'urgence en tenant compte des codes d'urgence (couleur) existant au Manoir Harwood pour assurer l'harmonisation des procédures, autant que possible, pour la clientèle sous la responsabilité du CHSLD Soulanges.

Tableau 5. Critères non conformes en matière de gestion des situations d'urgence et des catastrophes

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.2	Des exercices pratiques du plan de préparation en vue d'urgences ou de catastrophes ont lieu régulièrement.	Priorité élevée
3.1.7	L'organisme communique les résultats de son évaluation des risques liés aux situations d'urgence et aux catastrophes aux intervenants internes et externes, afin de les tenir informés.	Priorité élevée
3.1.10	L'organisme planifie la manière dont il gèrera les obstacles potentiels empêchant le personnel de se présenter au travail pendant ou après une situation d'urgence ou une catastrophe, afin d'assurer des niveaux de dotation en personnel sécuritaires.	Priorité élevée

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 6 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'établissement a développé un solide partenariat avec la PCI-CISSMO ce qui lui permet d'assurer un soutien continu aux équipes au regard de l'implantation des meilleures pratiques et le maintien des compétences en matière de PCI. À cet égard, on dénote une ferme volonté de la direction et un engagement de la part des gestionnaires, des médecins et des équipes de soins pour le déploiement des meilleures pratiques de PCI. De fait, la PCI-CISSMO, en étroite collaboration avec le Manoir, a formé 30 champions en PCI déployés dans les différents quarts de travail. De plus, le suivi étroit des infections nosocomiales par la Directrice des soins infirmiers et la mise en place rapide des mesures de précautions permettent de circonscrire les risques lors des éclosions. Ainsi, l'ensemble des normes relatives à la PCI est respecté.

L'établissement a les processus et les outils pour suivre l'évolution de la PCI (ex. : les audits de lavage des mains, les fichiers normalisés des éclosions, les feuilles de consignes, les feuilles de route pour l'entretien, etc.) et les personnes désignées pour mettre en place les plans d'action requis selon les résultats des audits. Toutefois, l'établissement est fortement encouragé à peaufiner la politique et les procédures associées à la PCI, notamment les procédures des objets pointus ou tranchants, du nettoyage et de la désinfection afin de définir les responsabilités partagées des personnes concernées (ex. : gestionnaire, infirmière, PAB, préposé à l'hygiène, etc.) et à s'assurer du respect des mesures relatives à la PCI en ce qui concerne l'environnement physique en transformation (ex. : construction, rénovations).

De plus, dans un contexte de complexité des soins et l'admission d'un nombre important de résidents dans un court délai (ex.: 30 admissions en deux semaines), l'établissement est fortement encouragé à :

- 1) continuer la formation de son personnel pour maintenir ou augmenter le nombre de champions en PCI,
- 2) nommer une personne responsable exclusivement de la PCI (ex.: audits de qualité),
- 3) maintenir la mobilisation des équipes en les informant des résultats des audits,
- 4) évaluer les actions mises de l'avant pour améliorer la PCI (ex. : taux de lavage des mains de 40%) et
- 5) s'assurer d'intégrer les principes de la PCI dans les travaux de construction.

Tableau 6. Critères non conformes en matière de prévention et de contrôle des infections

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

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: 98.5% des critères sont conformes

1.5% 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 :

L'établissement a un contrat de service de pharmacie avec le Groupe Santé Cardinal depuis octobre 2023. De fait, les politiques et les procédures relatives au circuit du médicament ont été développées et déployées par le Groupe Santé Cardinal en étroite collaboration avec la répondante du CHSMH, soit la directrice des soins infirmiers. Le personnel a été formé et les outils (FADM, ordonnances, gestion des narcotiques, double vérification, liste de médicaments à alerte élevée, liste d'abréviations dangereuses, etc.) ont été intégrés dans les pratiques cliniques. Nos soulignons la collaboration et la concertation de personnes concernées (médecins, pharmacien, infirmière) pour l'établissement du MSTP et du BCM dès l'admission du résident et lorsque l'état de santé change (ex. : réadmission, transferts, etc.).

Nous tenons à souligner les efforts concertés dans la gestion des médicaments, soit l'entreposage des médicaments dans des environnements sécuritaires (ex. : changement des chariots avec un système d'identification des résidents et barrés avec un NIP unique, médicaments cytotoxiques dans un sac hermétique, médicaments périmés séparés des médicaments courants entreposés dans un tiroir, etc.), les lieux de préparation des médicaments sont propres et rangés et intégration dans le FADM des symboles tels que la double vérification, les médicaments à alerte élevée et les particularités d'administration des médicaments. L'établissement compte quatre trousse pour déversement de produits dangereux au moment de la visite. La mise en place des autres trousse est à venir.

De plus, la disponibilité d'une pharmacie d'urgence assure aux médecins la possibilité de prescrire certains médicaments et aux infirmières de pouvoir les administrer sans délai supplémentaire. Il faut mentionner que les médicaments prescrits STAT qui ne sont pas disponibles dans la pharmacie d'urgence sont livrés par un préposé du Groupe Santé Cardinal dans la même journée. Un audit de qualité a déjà été réalisé en avril 2024. Les médecins et les infirmières rencontrés se sont dit satisfaits des changements dans la gestion des médicaments. Les résultats de l'évaluation, les secteurs de réussite et les occasions d'effectuer des améliorations sont communiqués aux équipes de façon personnalisée verbalement et par courriel.

Toutefois, nous avons constaté quelques éléments d'amélioration soit : 1) réviser la fiche de registre des narcotiques en spécifiant que les signatures de la double vérification doivent être apposées au moment du décompte par les deux infirmières (ni avant ni après), 2) réviser la procédure dans le cas où une seule infirmière doit faire le décompte des narcotiques, 3) informer le personnel concerné de l'ajustement de la fiche de registre des narcotiques, 4) planifier et communiquer les résultats des audits de qualité relatifs à la gestion des médicaments dans les rencontres cliniques formelles, et 5) assurer la disponibilité des trousse pour déversements de produits dangereux dans toutes les unités de soins où des médicaments cytotoxiques sont livrés et administrés.

Tableau 7. Critères non conformes en matière de gestion des médicaments

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.49	Une trousse pour déversements de produits dangereux se trouve à portée de la main dans tous les endroits où des médicaments cytotoxiques ou d'autres médicaments dangereux sont livrés et administrés.	Priorité élevée

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: 82.0% des critères sont conformes

18.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 8 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Le résident et ses proches sont le centre des soins et services de l'établissement. On dénote une grande agilité organisationnelle et un grand professionnalisme de la part des gestionnaires, des médecins, des infirmières et du personnel de soutien pour répondre de façon rapide, pertinente et sécuritaire à leurs besoins. Nous tenons à souligner l'approche humaniste, globale, intégrée des soins qui caractérise l'offre de services. L'établissement respecte les exigences de la plupart des normes associées à l'expérience de soins des résidents.

À cet égard, le personnel rencontré est informé et formé pour prévenir, dépister, agir et intervenir dans des situations de vulnérabilité et de complexité (ex. : formations sur les mauvais traitements, les troubles de comportements, la mobilité et les transferts, etc.). Les gestionnaires mettent en place les processus pour enquêter lors de situations complexes (ex. : intimidation, mauvais traitement), les déclarations et les interventions requises sont faites. Le partenariat avec le SCPD-CISSMO est bien établi pour intervenir de façon sécuritaire auprès des résidents présentant des troubles de comportements. Les services sont déployés de façon efficace et rapide selon les besoins et les recommandations sont suivies et évaluées en collaboration avec les parties prenantes. La formation et le soutien aux équipes sont en place.

Les documents consultés et les personnes rencontrées ne permettent pas d'affirmer que la formation en matière de soins palliatifs et en fin de vie ait été offerte au personnel concerné. En outre, on dénote un souci pour tenir compte de la culture et du respect des croyances des résidents et de leurs proches. Un aumônier collabore pour le soutien spirituel avec l'établissement.

Toutefois, nous avons constaté quelques éléments d'amélioration soit : 1) déployer la formation des soins palliatifs et des soins de fin de vie au personnel concerné et 2) élargir et développer les soins spirituels pour une meilleure adéquation aux diverses croyances culturelles des résidents et de leurs proches.

Tableau 8. Critères non conformes en matière d'expérience de soins des résidents

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.6	De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie des résidents.	Priorité élevée
6.3.1	Prévention des chutes et réduction des blessures	POR
6.3.1.1	Une évaluation initiale en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures est effectuée pour les résidents à l'admission au moyen d'un outil normalisé.	
6.3.1.6	L'efficacité des activités de prévention des chutes et de réduction des blessures (p. ex., processus et outils d'évaluation des risques, protocoles et procédures, documentation, séances pédagogiques et information) est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	
6.3.4	Prévention du suicide	POR
6.3.4.1	Les résidents présentant un risque de suicide sont détectés.	
6.3.4.2	Le risque de suicide chez chaque résident est évalué à des intervalles réguliers ou à mesure que les besoins changent.	
6.3.4.3	Les besoins de sécurité immédiats du résident chez qui l'on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.	
6.3.4.4	Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les résidents chez qui l'on a détecté un risque de suicide.	
6.3.4.5	La mise en œuvre des stratégies d'intervention et de suivi est documentée dans le dossier du résident.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.3.6	Transfert de l'information aux points de transition des soins	POR
6.3.6.1	Les renseignements qui doivent être communiqués aux points de transition des soins sont déterminés et normalisés pour les transitions des soins où les résidents changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.	
6.3.6.2	Des outils de documentation et des stratégies de communication sont utilisés pour normaliser le transfert de renseignements aux points de transition des soins.	
6.3.6.5	<p>L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des résidents) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert des renseignements; • demander aux résidents, aux familles ou aux proches aidants et aux prestataires de services s'ils ont reçu les renseignements dont ils avaient besoin; • évaluer les événements liés à la sécurité qui se rattachent au transfert des renseignements (p. ex., à partir du système de gestion des événements liés à la sécurité des résidents). 	

Aperçu de l'amélioration continue de la qualité

Le plan d'amélioration de la qualité du Manoir Harwood (PAQ) s'intègre aux axes de la planification stratégique 2024 qui ont été déterminés par l'équipe de direction. Outre la mobilisation du personnel, le PAQ s'inscrit en synergie avec l'axe de « la qualité des soins et des services pour le bien-être des résidents » inclus dans le document de planification stratégique de l'organisme. Le PAQ s'ajoute à d'autres plans provenant du plan stratégique et du comité de gestion des risques. Les plans se complètent entre eux en cohérence avec la mission, les valeurs et la vision organisationnelle.

Le processus d'élaboration du PAQ fait suite à l'auto-évaluation faite par l'organisme et au sondage sur la satisfaction de la clientèle au cours de l'année 2023. Le sondage a été réalisé au Manoir Harwood et au CHSLD Soulanges. Le plan fait ressortir les besoins et les préoccupations des résidents et des familles. Il comprend divers éléments d'amélioration : le milieu de vie, la communication, la qualité des soins, la sécurité des lieux, la nourriture, la propreté et l'ambiance générale du Centre. Le plan identifie les responsables, les indicateurs de mesure et les cibles à atteindre et le statut quant à l'atteinte de l'objectif.

En lien avec l'augmentation importante du nombre de résidents et de la complexité des besoins de la clientèle, un défi est observé en ce qui concerne l'efficacité et la pérennité des améliorations visées au niveau de la qualité. À titre d'exemple, pour donner suite aux audits ou activités réalisées, l'organisme doit s'assurer que l'ensemble de l'équipe soit en mesure d'ajuster ou d'améliorer certaines pratiques selon un échéancier déterminé et un résultat à atteindre pour l'équipe. Des procédures supplémentaires peuvent être nécessaires pour préciser par écrit les pratiques standards attendus par l'ensemble de l'équipe. Parfois, certains objectifs auraient aussi besoin d'être clarifiés et mesurés au temps zéro pour mieux évaluer les progrès suite aux activités réalisées. De même, il sera utile à l'organisme pour viser le maintien des standards d'excellence attendus avec l'apport des équipes, des résidents et familles.

L'organisme organise des rencontres en équipe de direction chaque semaine ce qui facilite et favorise les suivis et les ajustements au quotidien. L'organisme est en communication régulière avec la clientèle et les équipes. Il sera intéressant de préciser le processus de reddition de compte et d'identifier les parties prenantes avec lesquelles l'équipe de direction souhaite établir un suivi et des participations planifiées telles que le comité des résidents et familles, l'équipe d'encadrement et les leaders cliniques concernés.

Plusieurs initiatives ont été portées à notre attention au cours de la visite. À titre d'exemple, l'ensemble du projet de préparation et d'accompagnement d'une résidente à un spectacle de musique qui s'inscrivait dans son projet de vie et qui a beaucoup amélioré sa qualité de vie. La réalisation remarquable de ce projet a rejilli sur l'ensemble de l'unité. Tant les familles que les employés en sont fiers. Également, les ajustements des ratios des préposés aux bénéficiaires le soir qui améliore la sécurité et la disponibilité des employés auprès des résidents. Un autre projet pilote d'amélioration de la qualité démarre dans une des unités du centre. Il permettra de revoir les rôles et tâches des divers membres de l'équipe, le tout dans une perspective d'ajouter du temps de qualité auprès des résidents et des familles en éliminant ou en réduisant les tâches moins pertinentes.

Le Manoir Harwood se démarque par sa culture centrée sur les besoins des résidents et des familles. L'entraide et la solidarité caractérisent les liens entre les employés, les cadres, les résidents et les familles. Cette assise constitue une force tranquille qui facilitera les changements organisationnels.