

# Rapport sur l'amélioration continue de la qualité des services pour 2023/2024 – Foyer de soins de longue durée Centre d'accueil Champlain

Juin 2023

Directeur de la qualité : Jacqueline Roy, administratrice

## Aperçu

Le Centre d'accueil Champlain est l'un des quatre foyers municipaux de soins de longue durée gérés par les SSLD de la Ville d'Ottawa et le seul foyer francophone.

La direction stratégique des SSLD est guidée par la vision « Enrichir la vie des gens, chaque jour. » et par la mission « Ensemble dans les soins. Ensemble dans la vie. ». Le plan stratégique 2021-2025 fixe quatre objectifs stratégiques et le plan d'amélioration de la qualité prend en compte ces derniers ainsi que les objectifs établis. Voici les objectifs stratégiques : Enrichir la vie des résidents, Enrichir les partenariats, Enrichir le personnel et Enrichir les outils. Chaque objectif stratégique se compose de plusieurs objectifs mesurables qui sont intégrés au plan d'amélioration de la qualité.

Un des principaux projets des Services de soins de longue durée est l'engagement à élaborer et à mettre en œuvre une approche personnalisée des soins centrés sur la personne visant à améliorer la qualité de vie des résidents. Les SSLD ont conclu un partenariat avec l'Institut de recherche LIFE de l'Université d'Ottawa pour développer une approche hybride personnalisée des soins et un cadre d'évaluation complet.

Les Services de soins de longue durée ont mis l'accent sur deux des objectifs stratégiques, « Enrichir les partenariats et les outils » et se sont engagés à obtenir le titre d'organisation vedette des pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). Ce projet de trois ans vise à définir et à instaurer des pratiques exemplaires particulières et à les évaluer par rapport aux normes mondiales de soins de santé. Les trois domaines d'action sont : la prévention des chutes, la promotion de la santé buccale et la prestation de soins centrés sur la personne.

## Plan d'amélioration de la qualité des soins de longue durée

Chaque année, les foyers de soins de longue durée (SLD) doivent concevoir et soumettre un plan d'amélioration de la qualité (PAQ) à Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Même si le PAQ est une partie importante du plan d'assurance qualité du foyer, ce dernier cible et priorise d'autres éléments devant être améliorés. Des projets ou possibilités d'amélioration de la qualité supplémentaires peuvent ainsi être définis au moyen de ce qui suit :

- le plan stratégique;
- les événements indésirables;

- les comptes rendus d'événements sentinelles et d'incidents critiques, y compris l'analyse annuelle des tendances;
- la participation des résidents et des familles, notamment le sondage annuel sur la satisfaction des résidents et l'analyse des tendances relatives aux plaintes;
- les tendances relatives aux données;
- les incidents;
- les résultats des inspections;
- les commentaires sur la participation du personnel;
- les directives de la Ville d'Ottawa.

Lorsque de tels projets sont définis, des plans de projet sont réalisés à l'aide de la série d'outils Lean Six Sigma ainsi que des ressources de QSSO. Le plan d'amélioration de la qualité respecte le cadre d'assurance de la qualité, basé sur le quadruple objectif.

## **Quadruple objectif**

Le quadruple objectif se concentre sur quatre objectifs généraux : améliorer l'expérience des résidents, améliorer la santé de la population, réduire le coût des soins de santé et le bien-être de l'équipe soignante; il est au cœur du soutien apporté au foyer afin de concrétiser la vision « Enrichir la vie des gens, chaque jour. ».

## **Secteurs prioritaires**

Cette année, les priorités du PAQ s'appuient sur de nombreuses sources, notamment le plan stratégique de la Ville d'Ottawa, le nouveau plan stratégique des SLD avec ses quatre objectifs et les indicateurs suggérés par QSSO :

- Concevoir conjointement une approche des soins centrée sur la personne (enrichir l'expérience du résident et sa qualité de vie);
- Améliorer l'exécution en matière de préjudices évitables grâce à des indicateurs de sécurité (blessures dues à des chutes, utilisation d'agents antipsychotiques sans diagnostic de psychose et polypharmacie);
- Enrichir et améliorer l'expérience du personnel;
- Adopter la diversité, l'équité et l'inclusion comme pierre angulaire de la manière d'être du foyer.

Ces secteurs sont bien alignés sur les priorités et les objectifs stratégiques des Services de soins de longue durée de la Ville.

Veillez noter que les priorités peuvent être associées à l'entretien ou à la surveillance, ou se traduire par des fonctions actives assorties d'objectifs précis. En outre, le foyer profite d'initiatives municipales, comme les sondages sur la mobilisation des employés, pour favoriser le bien-être du personnel et est heureux de souligner les efforts d'amélioration touchant les fonctions actives.

## **Objectifs de qualité pour 2023-2024**

Dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité pour 2023-2024, le foyer tentera d'améliorer ce qui suit :

- **Efficacité** : Transitions rapides et efficaces
  - Nombre de visites aux urgences pour la liste modifiée des conditions propices aux soins ambulatoires pour 100 résidents :  
exécution actuelle = 25,66 %; moyenne provinciale = 20 %
- **Excellence du service** : Services centrés sur les résidents
  - Nombre utilisé pour évaluer la bonne écoute du personnel
  - Amélioration de l'évaluation de la capacité à exprimer une opinion sans craindre de représailles
- **Soins efficaces et sûrs**
  - Pourcentage des résidents qui reçoivent des antipsychotiques, en l'absence d'un diagnostic de psychose :  
exécution actuelle = 26,35 %; moyenne provinciale = 21 %
  - Pourcentage des résidents qui font une chute, selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) :  
exécution actuelle = 20,6 %; moyenne provinciale < 16,5 %

## Participation des résidents et partenariats

Les SSLD se sont engagés à appliquer le principe de conception conjointe dans le cadre de l'élaboration de leur plan stratégique et de l'établissement des priorités des foyers. La représentation des résidents et des familles est appuyée au moyen de leur intégration au sein du comité directeur et de groupes de discussion et de sondages.

Le foyer réalise un sondage annuel auprès des résidents et de leurs familles. Le processus comprend un examen des questions avec le Conseil des résidents et le Conseil des familles et des amis, et des modifications sont proposées en fonction de leurs commentaires. Une fois le sondage terminé et les réponses compilées, les résultats sont communiqués aux résidents, aux familles, au personnel, au Conseil des résidents et au Conseil des familles et des amis. Des priorités sont fixées, selon les résultats du sondage, et orientent les plans de fonctionnement et d'amélioration de la qualité. Avec l'aide et l'expertise de l'Université d'Ottawa, les SSLD évalueront les effets de la formation et des initiatives liées à la sensibilisation et aux soins centrés sur la personne sur l'expérience des résidents.

Les commentaires reçus sur l'expérience gastronomique constituent un exemple à cet égard. Le résultat du sondage annuel a été inférieur aux attentes, soit 74 % alors que le foyer s'était fixé une cible minimale de rendement de 80 %. Dans un souci de transparence et d'amélioration, les résultats ont été communiqués au Conseil des résidents afin de mieux comprendre les causes profondes, mais surtout pour obtenir un engagement en faveur d'une approche d'amélioration fondée sur la conception conjointe. À ce titre, l'expérience gastronomique sera l'un des domaines d'amélioration ciblée pour 2023-2024.

## Expérience du personnel

Enrichir le personnel est une des quatre priorités des SSLD. Parmi les défis que doit relever le personnel, notons : le changement de directives, l'anxiété, la peur de contracter

une maladie, l'inquiétude pour les résidents et le port d'un équipement de protection individuelle. Tout au long de la pandémie, la direction a soutenu le personnel au moyen d'une communication régulière et cohérente, d'approches novatrices du maintien et de l'ajout de ressources humaines, de mesures favorisant la santé mentale, de programmes d'aide aux employés et aux familles, du lancement d'un programme de soutien par les pairs et de la création d'un groupe de travail sur les ressources humaines chargé d'innover au chapitre de la rétention et du recrutement.

Le personnel se réjouit de pouvoir améliorer la qualité, participer aux activités du Comité d'amélioration continue de la qualité des services et jouer un rôle de premier plan dans la conception et l'organisation des ateliers trimestriels.

## **Prévention de la violence au travail**

La sécurité du personnel, qui englobe la sécurité environnementale, physique, émotionnelle et psychologique, est une priorité de la Ville. Le foyer applique la politique municipale, comprenant une politique sur le harcèlement au travail axée sur la prévention. Toutes les allégations font l'objet d'une enquête menée par une équipe indépendante, et les parties en sont informées. Un sommaire des incidents, des événements indésirables et des allégations est transmis au Comité de la santé et de la sécurité, et les procès-verbaux sont affichés à l'intention du personnel.

Chaque année, on demande aux membres du personnel de relire la politique et de suivre une formation sur la violence et le harcèlement en milieu de travail. Cette formation met l'accent sur la prévention tout en expliquant la marche à suivre en cas de violence.

## **Sécurité des résidents**

Le Comité d'amélioration continue de la qualité des services du foyer et ses comités de pratique professionnelle examinent des données quantitatives et qualitatives de diverses sources : données de l'ICIS, incidents liés aux médicaments, plaintes et préoccupations, incidents critiques, administration de glucagon, prévalence des infections, gestion des éclosions, suggestions des conseils des résidents et des familles, commentaires des résidents et des familles recueillis lors du sondage annuel, rapports d'inspection, normes d'Agrément Canada et toute recommandation publique du coroner.

En 2023, le foyer poursuivra le travail réalisé à ce jour en matière d'administration sécuritaire des médicaments. Son but est de faire connaître le travail accompli sur la polypharmacie et de continuer à réduire l'utilisation d'antipsychotiques lorsqu'il y a absence de diagnostic de psychose. L'équipe interne de Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (BSO) et l'équipe d'experts en psychogériatrie sont consultées au besoin.

## **Équité en matière de santé**

Les SSLD considèrent l'équité en matière de santé comme un droit fondamental et ils s'efforcent de donner à chaque personne la possibilité de vivre en étant le plus en santé possible. À cet effet, on demande à tous les nouveaux résidents de remplir un formulaire

« Apprenez à me connaître un peu mieux » ce qui aide le personnel à comprendre leur vie, en particulier ce qui est important pour eux et ce qui les intéresse.

## **Amélioration de la qualité en 2022-2023**

En 2022, les priorités en matière d'amélioration continue de la qualité étaient les suivantes :

1. L'utilisation d'agents antipsychotiques sans diagnostic de psychose;
2. La réduction des incidents critiques associés à des besoins non satisfaits ou à des comportements réactifs et l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

Comme l'indique le plan d'amélioration de la qualité, l'utilisation d'agents antipsychotiques demeure un domaine d'intérêt et d'amélioration pour le foyer. Notre objectif était de réduire le taux d'utilisation d'antipsychotiques de 22,8 % à 20,7 % en mettant en œuvre diverses idées de changement.

Les idées de changement mises en œuvre comprenaient la formation du personnel autorisé sur les exigences relatives à la documentation, l'examen des profils de médication pour lesquels la prise d'antipsychotiques « tel que requise » ou p.r.n. était prescrite.

Notre seconde priorité pour 2022 était la réduction du nombre d'incidents critiques associés à des comportements réactifs, l'objectif étant de passer de 13 incidents à 10. En 2022, nous avons réduit le nombre d'incidents à 11. Les enseignements que nous avons tirés tout au long de l'année nous indiquent que le nombre d'incidents signalés ne reflète pas nécessairement l'amélioration de cet objectif et qu'il serait peut-être plus judicieux de se concentrer sur le nombre d'allégations justifiées, compte tenu de la politique de tolérance zéro du foyer en matière de mauvais traitements. Veuillez noter l'absence d'allégation justifiée en 2022.

## **2023/2024**

Après une longue discussion, nous avons décidé de nous concentrer sur deux priorités en 2023-2024 :

1. Les comportements réactifs ou les besoins non satisfaits en tant que domaine d'amélioration ciblée. Les idées de changement associées à l'initiative de soins axés sur la personne devraient contribuer à une diminution de ces éléments.
2. L'expérience gastronomique des résidents. Les idées de changement créées conjointement comprennent l'élaboration d'un plan de projet qui inclut la mise sur pied d'un comité des repas des résidents, des groupes de discussion, des sondages et des outils de rétroaction.

## **Cycle de planification du PAQ et processus de classement des priorités**

Le Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée fait partie du cycle de planification, et les plans d'amélioration de la qualité (PAQ) des foyers sont

soumis à Qualité des services de santé Ontario (QSSO) chaque année en avril. Il comprend les sources de données suivantes :

- MSLD – programmes requis et évaluations respectives;
- normes d'Agrément Canada;
- rapport d'analyse des indicateurs de QSSO diffusé publiquement;
- données de l'ICIS – tendances et analyses;
- processus internes;
- résultats du sondage sur la satisfaction des résidents, de leur famille et du personnel;
- commentaires (plaintes ou suggestions).

On obtient ainsi de nombreux domaines d'action et priorités qui sont présentés et discutés lors de divers forums afin de valider les priorités et d'en identifier d'autres qui pourraient avoir été oubliées. Parmi ces forums, notons le Conseil des résidents, le Conseil des familles et des amis, le Comité de pratique professionnelle et d'assurance de la qualité des foyers de soins de longue durée (FSLD) et l'équipe de gestion des services.

L'approbation finale du PAQ est donnée par le directeur des soins de longue durée, sachant que le foyer a reçu des renseignements recueillis lors du processus de consultation et que le Comité de pratique professionnelle et d'assurance de la qualité des FSLD a donné son approbation.

## **Procédure de QSSO visant l'amélioration**

La procédure éprouvée et facilement compréhensible de QSSO fait partie du plan d'amélioration de la qualité et elle sert à guider l'amélioration selon les étapes suivantes :

1. Diagnostiquer et analyser le problème
2. Fixer des objectifs d'amélioration
3. Développer et expérimenter des idées de changement
4. Mettre en œuvre, diffuser et assurer la pérennité

Trois types de mesures :

- Résultat : mesurer ce que l'équipe tente de réaliser (l'objectif)
- Procédure : mesurer les activités, tâches et procédures clés mises en œuvre pour atteindre l'objectif
- Équilibre : mesurer les autres composantes du système qui pourraient être involontairement touchées par les changements

## **Suivi des progrès et communication**

En utilisant les outils Lean Six Sigma, on veille à ce que l'objectif d'amélioration soit clair et que ce qui est mesuré soit réalisable et bien compris. L'équipe du projet d'amélioration se réunit régulièrement pour connaître les progrès accomplis, déterminer si des ressources supplémentaires sont nécessaires et anticiper toute conséquence involontaire au moyen d'indicateurs d'équilibre.

Il importe aussi de comprendre comment l'amélioration sera assurée et diffusée. Les équipes déterminent ensemble l'approche à adopter pour y parvenir, et l'infirmier ou l'infirmière responsable de l'amélioration de la qualité dirige souvent les travaux et procède aux vérifications du respect et des écarts.

## **Communication**

Le foyer a pris l'engagement de la transparence et de la formation. Les résultats concernant la qualité sont communiqués comme suit :

- publiés trimestriellement sur le site de chaque quartier (unité);
- publiés dans l'espace des renseignements destinés aux familles;
- présentés lors des réunions des comités et des équipes de fonctions;
- présentés au Conseil des résidents et au Conseil des familles et des amis;
- envoyés par courriel.

L'évaluation des communications comprend les éléments suivants :

- la vérification trimestrielle des résultats de l'ICIS pour chaque quartier (unité) par le coordonnateur du RAI;
- l'envoi trimestriel d'un bulletin d'information présentant les résultats de l'ICIS;
- le sondage annuel auprès des familles et des résidents sur l'efficacité des communications.