

# **Amélioration continue de la qualité — Rapport provisoire – Foyer de soins de longue durée Centre d’accueil Champlain**

Juillet 2022

Responsable Désignée : Jacqueline Roy, administratrice

## **Priorités en matière de qualité pour l’année 2022-23**

Au nom des quatre foyers municipaux de la Ville d’Ottawa, nous avons le plaisir de vous présenter notre Plan provisoire d’amélioration de la qualité 2022-23.

Les foyers de soins de longue durée (FSLD) de la Ville d’Ottawa ont entrepris un exercice de planification stratégique en 2021 qui a conduit à l’élaboration d’une nouvelle vision, une nouvelle mission, de nouvelles valeurs et de nouvelles priorités. Les parties prenantes internes et externes ont participé et les résultats ont été diffusés.

La vision, la mission et les objectifs définissent et façonnent les plans opérationnels et d’amélioration de la qualité. Le plan opérationnel des FSLD identifie des projets prioritaires pour chaque objectif stratégique qui sont bien alignés sur l’objectif quadruple du cadre de qualité.

En outre, au cours de la planification stratégique, l’évolution du paysage provincial et local a joué un rôle clé dans l’établissement des projets prioritaires, ainsi que le sujet prépondérant de la nécessité d’effectuer une transformation dans les FSLD. Enfin, le soutien du personnel qui continue à ressentir l’épuisement engendré par les mesures de lutte contre la COVID-19, le mieux-être et la santé mentale sont également des priorités importantes.

Le plan stratégique 2021-25 comporte quatre objectifs stratégiques et le plan d’amélioration de la qualité est orienté selon ces derniers ainsi que selon les objectifs établis. Les objectifs stratégiques sont les suivants :

- enrichir la vie des résidents
- enrichir les partenariats
- enrichir le personnel
- enrichir les outils

Chaque objectif stratégique est associé à un but et à de multiples objectifs mesurables qui sont intégrés au plan d'amélioration de la qualité.

## Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée (PIQFSLD)

Chaque année, les foyers de soins de longue durée doivent élaborer et soumettre un plan d'amélioration de la qualité (PAQ) à Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Cette mesure a été suspendue pendant la pandémie et demeure facultative pour 2022-23. Pour aider les foyers intéressés, QSSO a fourni quelques suggestions d'indicateurs.

Généralement, le PIQFSLD de QSSO est une partie importante du plan d'amélioration de la qualité du foyer. Toutefois, il peut y avoir d'autres éléments à améliorer et ils sont classés par ordre de priorité en fonction d'un certain nombre de variables. Le plan reste souple et peut être modifié au besoin afin d'intégrer ces exigences ou toute nouvelle exigence.

### **Les projets d'amélioration de la qualité et les possibilités d'amélioration peuvent être établis selon les moyens suivants :**

- 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, y compris l'analyse annuelle des tendances relatives aux plaintes
- les résultats du sondage sur la satisfaction des résidents
- 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 le projet est défini, les plans du projet sont élaborés à l'aide de la suite d'outils Lean Six Sigma ainsi que les ressources QSSO. Plus précisément, le PAQ est aligné sur notre cadre d'assurance de la qualité, basé sur le quadruple objectif.

**Quadruple objectif : aider à réaliser notre 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 FSLD avec ses quatre objectifs et les indicateurs suggérés de QSSO :

- Concevoir une approche des soins centrée sur la personne (enrichir l'expérience du résident et sa qualité de vie)
- Améliorer les performances 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 des éléments fondamentaux dans la manière d'être des foyers

Veillez noter que les priorités peuvent être associées à l'entretien ou la surveillance ou avoir des fonctions actives avec des objectifs spécifiques. Nous sommes heureux de souligner les efforts d'amélioration avec des fonctions actives.

## Objectifs de qualité pour 2022-23

### **Action ciblée :**

1. Réduire le nombre d'incidents critiques associés aux résidents ayant des comportements réactifs de 13 à 10 par an.
2. Améliorer la satisfaction des résidents concernant la qualité de la nourriture de 79 % à 80 % et l'expérience pendant les repas de 75 % à 80 %.

## **Cycle de planification du paq et processus d'établissement des priorités**

Le PIQFSLD est intégré au cycle de planification puisque les PAQ sont soumis à Qualité des services de santé Ontario (QSSO) chaque année en avril. Il comprend les sources de données suivantes :

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

Cela conduit à de nombreux secteurs prioritaires qui sont présentés et discutés lors de divers forums afin de valider les priorités et d'identifier d'autres priorités qui pourraient avoir été oubliées. Ces forums comprennent le Conseil des résidents, le Conseil des familles et des amis, le comité de pratique professionnelle et d'assurance de la qualité des FSLD et l'équipe de gestion des services (EGS).

L'approbation finale du PAQ est donnée par le directeur du FSLD, sachant que le foyer a reçu beaucoup de renseignements par le biais 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 pour l'amélioration**

La procédure facilement compréhensible et éprouvée de QSSO fait partie de notre démarche d'amélioration de la qualité et elle est utilisée pour guider l'amélioration selon les étapes suivantes :

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

## Le modèle pour l'amélioration

Le modèle pour l'amélioration comporte deux phases. La première consiste à fixer des objectifs, à établir des mesures et à choisir une intervention. La deuxième phase consiste à mettre l'intervention à l'essai à l'aide du cycle Planifier-Faire-Étudier-Agir (PFEA).

### Phase 1

On répond à trois questions fondamentales :

1. Que souhaitez-vous accomplir?
2. Comment saurez-vous si un changement représente une amélioration?
3. Quels changements pouvez-vous apporter qui entraîneront une amélioration?

Les réponses sont ensuite utilisées pour aider à fixer des **objectifs**, établir des **mesures** et choisir une **intervention** (idée de changement).

#### Fixer des objectifs

Un objectif est fixé selon le format SMART (spécifique, mesurable, axé sur un auditoire particulier, réaliste et temporel), ce qui permet d'apporter clarté et précision.

#### Établir des mesures

Les mesures font partie intégrante de la mise à l'essai et de la mise en œuvre des changements puisqu'elles peuvent indiquer si le changement est efficace ou non. Il existe quatre types de mesures de l'amélioration de la qualité : structure, processus, résultat et équilibre.

- **Structure** : mesure l'infrastructure ou l'équipement et les installations physiques.
- **Processus** : mesure l'activité effectuée.
- **Résultat** : mesure le produit final ou les résultats.
- **Équilibre** : mesure les répercussions négatives involontaires sur une autre partie du système.

## **Phase 2 : mettez votre intervention à l'essai à l'aide du cycle PFEA**

### **Cycle Planifier-Faire-Étudier-Agir**

La première étape consiste à « planifier » en créant un plan avec l'équipe/les intervenants. Ensuite, vous devez « faire » en mettant le plan en place – on met en œuvre notre intervention à petite échelle et on recueille des données. Ensuite, il faut « étudier » les résultats. La dernière étape consiste à « agir » – adopter le changement, car l'intervention a fonctionné comme prévu, l'adapter ou abandonner l'idée du changement, car il n'a pas eu l'effet escompté.

Avant la mise en œuvre, les équipes d'amélioration élaborent un plan de viabilité. Le plan identifie les différentes stratégies que l'équipe utilisera pour évaluer et assurer la viabilité à court et à long terme des changements qui sont effectués.

### **Suivi des progrès et communication**

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

En outre, il est important de comprendre comment l'amélioration sera assurée et diffusée. Il s'agit d'une étape essentielle pour assurer la permanence des changements. Les équipes déterminent ensemble l'approche ou les approches qu'elles doivent mettre en œuvre pour y parvenir et l'infirmière responsable de la qualité est souvent la personne chargée de la vérification pour identifier la conformité et les écarts.

## **Communications**

Nous avons pris l'engagement de la transparence, ce qui signifie que nous partageons tout dans une perspective d'apprentissage. Les résultats concernant la qualité sont communiqués de la manière suivante :

- publiés trimestriellement sur le site de chaque quartier
- publiés dans l'espace des renseignements destinés aux familles
- présentés lors des réunions des comités et des équipes fonctionnelles

- présentés au Conseil des familles et des amis (CFA) et au Conseil des résidents (CR)
- envoyés par courriel

Nous célébrons ce que nous avons accompli en le reconnaissant. Nous acceptons l'opportunité de nous améliorer avec humilité.

**L'évaluation des communications comprend les éléments suivants :**

- la vérification trimestrielle des résultats de l'ICIS pour chaque quartier par le coordinateur du RAI
- l'envoi trimestriel d'un bulletin d'information présentant les résultats de l'ICIS
- la consultation annuelle des familles et des résidents à propos de l'efficacité des communications