



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

## Rapport de visite

---

# Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Montréal, QC

**Séquence 5**

Dates de la visite d'agrément : 7 au 12 mai 2023

Date de production du rapport : 23 juin 2023

## Au sujet du rapport

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (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 mai 2023. Ce rapport de visite 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 de visite.

## 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 de visite au personnel, aux membres du conseil d'administration, aux usagers, à la communauté et aux autres partenaires.

Toute modification du présent rapport compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	13
<b>Commentaires de l'organisme</b>	17
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	18
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	19
Résultats pour les manuels d'évaluation	20
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services	20
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)	23
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	27
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	30
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)	32
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie	36
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	38

## Sommaire

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (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 mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent 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 sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issue du cycle de 5 ans.

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.

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 7 au 12 mai 2023**

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les emplacements et services de l'organisme sont considérés comme agréés.

1. CHSLD Benjamin-Victor-Rousselot
2. CHSLD Dante
3. CHSLD de Saint-Michel
4. CHSLD Éloria-Lepage
5. CHSLD François-Séguenot
6. CHSLD J.-Henri-Charbonneau
7. CHSLD Jean-Hubert-Biermans
8. CHSLD Jeanne-Le Ber
9. CHSLD Joseph-François-Perrault
10. CHSLD Judith-Jasmin
11. CHSLD Marie-Rollet
12. CHSLD Nicolet
13. CHSLD Pierre-Joseph Triest

14. CHSLD Polonais Marie-Curie-Sklodowska
15. CHSLD Robert-Cliche
16. CLSC de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
17. CLSC de Mercier-Est
18. CLSC de Rosemont
19. CLSC de Saint-Léonard
20. Hôpital Maisonneuve-Rosemont
21. Institut universitaire en santé mentale de Montréal









- **Manuels d'évaluation**

Les manuels d'évaluation suivants ont été utilisés pour évaluer les programmes et les services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

1. Soutien à l'autonomie des personnes âgées

## 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 manuels d'évaluation 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.)	1	1	0	2
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	33	0	0	33
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	145	10	11	166
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	8	1	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	174	6	4	184
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	20	1	0	21
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	121	7	8	136
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	2	0	0	2
<b>Total</b>	<b>504</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>553</b>

## Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

Le programme Qmentum permet de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins et des services sécuritaires, et de haute qualité qui sont gérés efficacement.

Les manuels d'évaluation sont accompagnés de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à ces derniers.

Les chapitres des manuels d'évaluation traitent de populations, de secteurs et de services bien précis dans un programme-services. Les chapitres qui servent à évaluer un programme-service sont choisis en fonction du type de services offerts.

L'information contenue dans le tableau fait état des manuels d'évaluation qui ont servi à évaluer 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.

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	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
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées</b>									
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services	36 (90,0%)	4 (10,0%)	0	46 (95,8%)	2 (4,2%)	0	82 (93,2%)	6 (6,8%)	0
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)	35 (94,6%)	2 (5,4%)	1	54 (87,1%)	8 (12,9%)	1	89 (89,9%)	10 (10,1%)	2
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	35 (100,0%)	0 (0,0%)	1	44 (100,0%)	0 (0,0%)	1	79 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	24 (100,0%)	0 (0,0%)	6	39 (100,0%)	0 (0,0%)	7	63 (100,0%)	0 (0,0%)	13



Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	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
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)	33 (97,1%)	1 (2,9%)	1	39 (95,1%)	2 (4,9%)	1	72 (96,0%)	3 (4,0%)	2
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie	27 (100,0%)	0 (0,0%)	1	53 (100,0%)	0 (0,0%)	2	80 (100,0%)	0 (0,0%)	3
<b>Total</b>	190 (96,4%)	7 (3,6%)	10	275 (95,8%)	12 (4,2%)	12	465 (96,1%)	19 (3,9%)	22
<b>Total</b>	190 (96,4%)	7 (3,6%)	10	275 (95,8%)	12 (4,2%)	12	465 (96,1%)	19 (3,9%)	22

\* 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. 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Conforme	4 sur 4

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	4 sur 4
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Non Conforme	3 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	8 sur 8
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Non Conforme	3 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Non Conforme	2 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	3 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	8 sur 8
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Non Conforme	3 sur 6
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3

## 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.**

Ce rapport fait état des observations des visiteurs dans le cadre de la visite de séquence 5 du programme Qmentum QuébecMC d'Agrément Canada. Cette cinquième séquence vise le programme-service Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).

Le programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal dispose de 15 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics, de 6 CHSLD privés conventionnés et de 3 CHSLD privés pour un total de plus de 3300 lits d'hébergements. À ceci s'ajoutent dans l'offre de service, 8 ressources intermédiaires, 2 ressources de type familial et 50 résidences pour personnes âgées (RPA). Le programme offre des services dans deux unités de soins postaiguës, une unité de courte durée gériatrique (UCDG), une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et une unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF). En soins ambulatoires, le programme offre des services dans 5 centres de jour, dans un centre multiservice gériatrique (CMG) et dans 8 centres locaux de services communautaires (CLSC) avec des équipes de soutien à domicile, quelques-uns offrant des services de soins palliatifs.

La vision du programme est d'assurer l'accès aux continums de soins et services de qualité; de développer et consolider les partenariats dans la communauté; d'impliquer l'utilisateur, les proches aidants et la famille; d'adapter les offres de service en fonction des besoins de la clientèle : de développer une approche intégrée de gestion médicale pour l'ensemble des clientèles et de favoriser un climat de travail sain et le bien-être au travail.

Le continuum élaboré par la direction permet d'offrir des soins et services de soutien à domicile (SAD) favorisant le maintien à domicile de l'utilisateur jusqu'à son décès (si désiré) de façon sécuritaire, de soutenir la participation sociale, d'éviter le déconditionnement, d'offrir du répit et du soutien au proche aidant, d'éviter les recours aux services des urgences et aux hospitalisations et de participer activement au retour à domicile d'un usager hospitalisé, en réadaptation ou au service de l'urgence.

Considérant le volume important de ressources sur leur territoire, un modèle de soutien intégré aux ressources a été mis en place et une équipe de gestion a le mandat d'assurer un soutien continu, fluide et proactif grâce à la collaboration des diverses directions de l'établissement. Ils assurent ainsi une vigie quant à la prestation sécuritaire des soins et services par des audits de qualité afin de protéger les milieux de vie en appliquant les mesures de prévention et contrôle des infections, d'assurer une liaison entre les milieux RPA et le SAD par le biais des infirmières de liaison, d'éviter le recours aux services hospitaliers (incluant Urgences-santé), lorsque non pertinent. Ils comptent également sur des liens étroits avec des organismes



communautaires en complémentarité avec leur offre de services.

Le guichet unique est centralisé pour les demandes de soutien à domicile pour toute clientèle en perte d'autonomie, de la réception des demandes en provenance de tout le territoire à l'analyse, la priorisation et l'orientation des demandes (les référents sont la population générale, les groupes de médecine de famille/GMF), les organismes communautaires, les centres hospitaliers, l'accueil psychosocial. Tout se réalise en respectant les lignes directrices ministérielles pour la priorisation. L'enjeu principal demeure le volume important de demandes par rapport à la capacité de prise en charge et la présence de plusieurs systèmes d'information non interfacés.

L'ensemble des équipes visitées peuvent être félicitées pour leur préparation à cette visite d'agrément. Leur engagement dans l'amélioration continue de la qualité est remarquable. Les visiteurs ont rencontré des équipes passionnées et engagées qui fournissent des soins méticuleux, basés sur les meilleures pratiques, à leur clientèle.

L'équipe du SAD a le privilège de compter sur des partenaires associés au programme SAPA, tels que : Appui Montréal, Entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD), Société Alzheimer, Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPAD) ainsi que des partenaires de la ressource intermédiaire (RI) pour le développement de lits d'hébergement temporaire afin d'offrir du répit aux proches aidants.

L'équipe du programme SAPA présente un souci constant d'assurer des soins et services de qualité et sécuritaires centrés sur les résidents. Il a été possible d'observer de multiples initiatives d'améliorations de la qualité sur le terrain au moment de la visite. Bien que des plans opérationnels soient en place, il serait souhaitable d'élaborer un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ). La réalisation d'activités d'amélioration de la qualité, sur une base structurée et continue, permettra de poursuivre la promotion d'une culture de sécurité et de qualité en respectant les diversités ethnoculturelles. Les équipes rencontrées participent à des rencontres régulières en utilisant des stations visuelles opérationnelles. Des suivis d'indicateurs, tels que les résultats des audits, y sont affichés et utilisés lors des rencontres afin de mobiliser l'équipe pour l'amélioration des pratiques. Il est suggéré à l'établissement de poursuivre son élan en développant des stratégies pour inclure les résidents et leur famille dans les rencontres qualité et assurer le partage des résultats et des recommandations.

Certaines des pratiques organisationnelles requises (POR) ne sont pas respectées. Il faut souligner, entre autres, l'évaluation du risque suicidaire, l'information communiquée aux points de transition et l'évaluation du risque de chute dans deux CHSLD visités. Pour ces situations, il n'y a que certains tests de conformités qui ne sont pas réussis, ce qui empêche d'atteindre la conformité à la POR. La prévention du suicide est bien développée dans les services spécialisés, mais nécessitera des interventions pour rejoindre l'ensemble de la clientèle qui pourrait en bénéficier. L'étape du dépistage n'est pas réalisée dans tous les CHSLD. Cependant, la

sécurité des résidents est assurée par des actions concrètes dès qu'il y a un dépistage positif. Aussi, lors de la collecte des données à l'admission, il n'y a pas d'outils implantés dans tous les centres. Malgré plusieurs interventions sur la prévention et le contrôle des infections, certains centres démontrent encore des taux de conformité qui nécessitent une attention pour assurer l'atteinte des standards.

Une «équipe fluidité» est implantée à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) afin d'assurer la liaison entre les usagers à l'hôpital et les soins à domiciles offerts par les CLSC. L'équipe est présente au service des urgences et à l'unité de courte durée gériatrique. Elle cible surtout les usagers connus du CLSC. Elle contribue grandement à la fluidité pour cette portion de la trajectoire.

Pour ce qui est de la transmission d'informations aux points de transition, les équipes utilisent un formulaire servant d'aide-mémoire des documents qui doivent être acheminés à l'établissement receveur, qui identifie sommairement la raison du transfert. Cependant, il n'y a pas d'outil synthèse qui offre un portrait rapide de l'usager et aucune évaluation de l'efficacité des communications n'est effectuée. Il est suggéré à l'établissement d'évaluer ce processus afin d'en optimiser l'efficacité dans une perspective d'amélioration de la qualité.

Les partenaires rencontrés identifient l'existence d'une très bonne collaboration. Cependant, un des enjeux pour certaines ressources intermédiaires est le délai de transfert lorsque la RI n'est plus le lieu adapté aux besoins des résidents. Par ailleurs, les partenaires soulignent leur appréciation d'un soutien par des ressources supplémentaires offertes par le CIUSSS dans l'attente du transfert du résident.

Un comité milieu de vie existe dans certains CHSLD et des comités de résidents dans chacun des centres visités. Le fonctionnement des comités de résidents est à géométrie variable. Il serait avantageux qu'un partage des bonnes pratiques de ces comités de résidents puisse se mettre en place afin de soutenir et inspirer les différents CHSLD. Cette collaboration avec les comités des résidents démontre une belle volonté de travailler ensemble. L'établissement est encouragé à évoluer vers l'intégration de l'usager partenaire dans les différents comités pour apporter une autre perspective en considérant l'offre de service et l'accessibilité permettant d'avoir une approche de responsabilité populationnelle plus globale.

Des plans d'interventions interdisciplinaires sont réalisés pour tous les résidents en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Les rencontres d'élaboration et de révisions du plan sont conçues en présence de plusieurs professionnels (infirmière, travailleur social, préposé aux bénéficiaires, intervenants spirituels, etc.) et l'usager ou son représentant. Cette implication des résidents et de leurs familles assure une plus grande participation et une meilleure compréhension des objectifs et des résultats visés par le plan d'intervention.

Les espaces physiques de certaines installations ne sont pas accueillants. Ils sont dégradés, ils ne sont pas

entretenus et la clientèle et les familles s'en plaignent. L'établissement aurait intérêt à prioriser et à mettre en place un programme d'entretien des installations qui sont en attente de réponse pour un programme fonctionnel et technique (PFT) afin de les rendre sécuritaires.

## Commentaires de l'organisme

**Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.**

Du 7 au 12 mai 2023, les équipes du SAD et réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP et celles de l'hébergement en soins de longue durée ont accueilli les visiteurs d'Agrément Canada. Comme vous le savez, cette démarche rigoureuse sert à évaluer la qualité et la sécurité des services que nous offrons à la population. La séance de synthèse a mis en lumière les points positifs qui sont ressortis de ce bilan :

- La mobilisation de nos équipes afin d'offrir des soins et services de qualité;
- Le travail en multidisciplinarité et l'entraide parmi les équipes;
- Le souci constant des équipes pour la sécurité des usagers;
- L'innovation et la recherche de solutions;
- La culture d'amélioration de la qualité.

Ces résultats démontrent que nous avons à cœur la qualité des soins et la sécurité de nos usagers et de leur famille. Je souligne aussi notre partenariat avec nos usagers et leurs proches qui nous guide dans notre processus d'amélioration continue. Je remercie également l'équipe de la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique ainsi que les équipes de soutien qui font toute la différence dans la réussite d'une telle initiative.

Jean-François Fortin Verreault  
Président-directeur général

## Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

Chaque POR est associée à l'un des buts suivants en matière de sécurité des usagers, soit la culture de sécurité, la communication, l'utilisation des médicaments, le milieu de travail ou les effectifs, la prévention des infections, ou l'évaluation des risques.

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et le chapitre du manuel d'évaluation dans lequel il se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Transfert de l'information aux points de transition des soins</b> L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.1.76</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.1.56</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) 5.1.49</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Stratégie de prévention des chutes</b> Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, une évaluation des risques est effectuée pour chaque résident et des interventions sont mises en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.1.37</li> </ul>
<p><b>Prévention du suicide</b> Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.1.40</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits) 4.1.36</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie 6.1.33</li> </ul>

## Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

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 pour chaque chapitre.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux chapitres. 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.

**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

## Résultats pour les manuels d'évaluation

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des manuels d'évaluation, puis des chapitres.

### Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.3.17 L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.	
1.3.24 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
1.4.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
1.5.21 L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	
1.7.11 Les résultats des activités d'amélioration de la qualité de l'organisme sont communiqués à grande échelle, s'il y a lieu.	!
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>	

Les équipes de la longue durée excellent à plusieurs niveaux dans l'atteinte de leurs normes de qualité. La gestion de proximité est présente dans tous les sites, avec des gestionnaires terrain appréciés et efficaces, ainsi que des employés dévoués qui contribuent à éviter les heures supplémentaires obligatoires.

Les visiteurs ont observé une culture de la qualité et de la mesure dans tous les sites inspectés, mais il reste à travailler la qualité de la donnée puisque plusieurs sites sont non informatisés, et il demeure

difficile de faire la collecte et les validations en temps opportun. L'évaluation de l'efficacité des mesures déployées peut également être améliorée. La tenue des dossiers en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) n'est pas conforme pour certains aspects et aurait avantage à être améliorée pour les accès (informatisation), l'archivage (minimalement à la suite d'un décès) et l'harmonisation à l'échelle du CIUSSS des outils documentaires.

Les stations visuelles opérationnelles (SVO) sont bien déployées et rassemblent les équipes vers des objectifs communs, améliorant la communication. Les défis sont variables et la communication, bien qu'améliorée avec les SVO, reste toujours un défi dans une grande organisation. L'établissement est encouragé à continuer d'y travailler afin d'assurer que la communication est bidirectionnelle et permet ainsi de développer un dialogue entre les parties prenantes et les instances de décision. Malgré les écueils laissés par la pandémie, l'ambiance et le climat de travail sont collégiaux dans la grande majorité des équipes rencontrées où l'humanité est au rendez-vous pour la clientèle. Les résidents, les familles, les employés et les médecins sont tous motivés à reprendre une vie plus normale post-pandémie et à offrir des milieux de vie les mieux adaptés possibles à la clientèle.

Plusieurs des installations du CIUSSS-EMTL sont vétustes et peu adaptées aux besoins de la personne âgée, mais souvent le personnel compense par leur présence et leur dévouement. Le contexte de pénurie ne rend pas la tâche facile, mais malgré ce défi important, plusieurs des employés ont reçu des formations de qualité dans les deux dernières années. De plus, plusieurs programmes d'amélioration comme le projet « Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services — Antipsychotiques (OPUS-AP) », l'approche relationnelle, la prévention des plaies et des chutes, la formation « Principes de déplacement sécuritaire des personnes (PDSP) », les soins bucco-dentaires, la formation sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et les soins palliatifs, pour ne nommer que quelques-uns, sont en grand déploiement. Déjà, plusieurs des formations reçues démontrent des gains comme la diminution des mesures de contrôle et la diminution des plaies. Un travail remarquable s'est fait du côté des préposés aux bénéficiaires pour améliorer leur participation aux soins de base, le mieux-être des résidents et la prévention du déconditionnement. Plusieurs résidents ont nommé l'importance qu'ils accordent au lien entre eux et leur préposé comme étant ce qu'ils ont de plus important. Ensuite vient la nourriture bien évidemment, où plusieurs initiatives sont mises en place comme le comité menu, sondage et évaluation nutritionnelle par la nutritionniste afin d'assurer un état nutritionnel adéquat et le bien-être des résidents.

La pénurie de personnel encore ici pose un défi aux équipes. L'établissement est encouragé à trouver les stratégies pour pallier le manque d'effectif et assurer une vigie sur la satisfaction des résidents. Plusieurs sondages permettent de récolter l'opinion de la clientèle. La mise en place des comités de milieu de vie dans tous les CHSLD est utilisée pour réfléchir l'offre de soins et services avec la participation des résidents. L'établissement est encouragé dans ce sens à poursuivre les travaux entamés pour inclure les usagers partenaires à différents niveaux d'instances dans les trajectoires et à partager avec les résidents et leurs familles les résultats des activités d'amélioration continue.








Les équipes ont élaboré des partenariats solides avec les organismes communautaires et les écoles avoisinantes, ce qui contribue à améliorer le soutien aux résidents et permet parfois de donner des opportunités à des programmes de réinsertion sociale. Un beau partenariat qui mérite d'en inspirer plusieurs. Les équipes bénéficient également de la présence de plusieurs bénévoles pour accompagner les résidents. Leurs petites attentions et leur compassion font une énorme différence pour les résidents.

Les équipes ont mentionné à plusieurs reprises leur appréciation du soutien du personnel d'encadrement. Les appréciations de la contribution au rendement du personnel ne sont pas réalisées avec la même intensité dans toutes les équipes, certaines n'ayant pas eu de rencontres depuis plusieurs années. L'établissement est invité à regarder les stratégies pour en assurer la réalisation.

---

## Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 2 – Soins et services de longue durée (usagers admis)</b>	
2.1.13 La relation avec chaque résident est ouverte, transparente et respectueuse.	
2.1.15 La capacité de chaque résident de participer à ses soins est déterminée en partenariat avec le résident et les proches aidants.	
2.1.17 Des renseignements précis et complets sont communiqués au résident et aux proches aidants en temps opportun tout en respectant le souhait du résident de prendre part à la prise de décision.	
2.1.18 L'équipe s'assure que le résident et les proches aidants comprennent bien l'information concernant les soins	
<p>2.1.37 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, une évaluation des risques est effectuée pour chaque résident et des interventions sont mises en oeuvre.</p> <p>2.1.37.1 Une évaluation initiale en matière de prévention des chutes et réduction des blessures est effectuée pour les résidents à l'admission au moyen d'un outil normalisé.</p> <p>2.1.37.2 Un processus normalisé est suivi pour réévaluer les résidents à intervalles réguliers et quand il y a un important changement dans leur état de santé.</p> <p>2.1.37.6 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, formation et information) est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	
<p>2.1.40 Les résidents sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>2.1.40.1 Les résidents à risque de suicide sont cernés.</p> <p>2.1.40.2 Le risque de suicide chez chaque résident est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p>	
2.1.44 Les résultats de l'évaluation sont communiqués au résident et aux autres membres de l'équipe en temps opportun et de manière facile à comprendre.	

2.1.61	Les résidents et les proches aidants bénéficient d'un milieu de vie qui répond à leurs besoins.	
2.1.62	L'environnement physique est conçu avec l'apport des résidents et des proches aidants; il est sécuritaire, confortable et offre une ambiance chaleureuse.	
2.1.76	L'information pertinente aux soins dispensés au résident est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	
2.1.76.1	L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les résidents changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.	
2.1.76.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
2.1.76.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des résidents) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information demander aux résidents, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des résidents).	
2.1.77	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des résidents et des proches aidants.	
2.3.1	L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'usager et la famille.	
2.3.2	L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'usager et la famille.	

**Commentaires des visiteurs****Chapitre 2 – Soins et services de longue durée (usagers admis)**

Les équipes sont mobilisées en vue d'offrir des services de qualité et elles sont engagées à maintenir les services dans un contexte fragile de pénurie. L'équipe médicale offre un soutien indéniable à la clientèle et aux équipes cliniques afin de maintenir une offre de service sécuritaire. Il convient de souligner la contribution exceptionnelle des pharmaciens dans tous les sites, leur présence au quotidien et leur implication active auprès des équipes, des résidents et des familles font une belle différence.

La réalité des unités désuètes dans plusieurs sites, notamment au CHSLD Jeanne-Le Ber, J.-Henri Charbonneau, Nicolet et Benjamin-Victor Rousselot, rend difficile non seulement l'offre de services, mais aussi l'attraction des employés.

Les travaux planifiés pourront répondre à certains des enjeux actuels; l'établissement est encouragé à poursuivre sa planification afin de s'attaquer aux volets qui resteront à corriger. L'élimination des chambres pour deux personnes est certainement une priorité pour améliorer le milieu de vie du résident et améliorer le respect des normes en prévention des infections. Le personnel est très mobilisé pour diminuer les impacts sur la clientèle et rendre l'environnement de celle-ci le plus confortable possible.

La formation sur l'approche relationnelle surnommée la Roue par les équipes est bien connue, utilisée et efficace. Il faut souligner, également, la quantité de formation de qualité à laquelle les employés ont accès et aussi les formations reçues malgré les défis de main-d'œuvre.

Il a été observé dans la majorité des sites très peu de recours aux mesures de contrôle et un effort soutenu pour les éviter. Il reste cependant du travail à faire pour améliorer la situation et la compréhension des familles aux CHSLD Marie-Rollet et Jean-Hubert-Beirmans.

Les équipes bénéficient de la venue de nouveaux gestionnaires dynamiques et mobilisateurs, soucieux du bien-être de la clientèle et de leurs équipes. Aussi, les gestionnaires sont chevronnés et à l'écoute de leur équipe et de la clientèle. Ils apprécient le soutien des agents administratifs ajoutés récemment qui leur permet d'être plus présents pour leur équipe. Cependant, l'amélioration de la communication reste un besoin qui est régulièrement nommé des résidents et des familles.

L'établissement est encouragé à poursuivre les actions découlant des recommandations des sondages sur la satisfaction des résidents et à assurer leur implantation. Les activités de loisirs sont au cœur de l'expérience en milieu de vie. Plusieurs apprécient les activités offertes, mais souhaiteraient avoir accès à un éventail plus diversifié et adapté à leurs besoins. Les résidents du CHSLD J.-Henri Charbonneau et quelques préposés expérimentés ont mentionné souhaiter retrouver les activités qui étaient programmées avant la pandémie, comme les spectacles, la soirée dansante, les fêtes mensuelles; ils ont aussi souligné à quel point ces activités faisaient la différence dans le quotidien des résidents.

Une lacune a été remarquée au niveau de l'archivage des dossiers. Par exemple, des dossiers papier à la suite d'un décès restent empilés dans une pièce parmi les autres dossiers papier. L'établissement est donc encouragé à poursuivre son plan pour le virage technologique des systèmes d'information.


La prévention des chutes est bien instaurée dans la majorité des CHSLD; l'établissement est encouragé à poursuivre le processus d'implantation et à harmoniser le processus pour les CHSLD Jean-Hubert Biermans, Pierre-Joseph Triest et Nicolet. L'observation des armoires de stockage de l'entretien ménager a permis de constater la présence de liquides classés comme dangereux par le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT). Il n'y a pas de matériel de protection individuelle ni de lave-œil portatif. L'établissement est fortement encouragé à équiper ces zones avec le matériel requis conformément aux fiches de données de sécurité de SIMDUT.

Mis à part la résilience des équipes et des résidents à surmonter les défis laissés par la pandémie, plusieurs réussites des services de longue durée méritent d'être soulignées. La salle multisensorielle au CHSLD Benjamin-Victor-Rousselot est très appréciée des résidents à troubles sévères du comportement. La poursuite des travaux similaires débutés au CHSLD Joseph-François-Perrault est encouragée. L'ajout des préposés détenant une attestation d'études professionnelles (AEP) et des aides de services a également contribué à améliorer les interventions individuelles thérapeutiques auprès des résidents.

Les activités des comités de résidents sont à géométrie variable. À la suite de la pandémie, il serait opportun de revoir les rôles et responsabilités des comités et de leur assurer un budget pour leurs activités. Il a été remarqué que certains comités de résidents sont bien ancrés comme celui du CHSLD Marie-Rollet, J-F-Perrault et J.-H-Charbonneau et qu'ils travaillent avec l'équipe de direction dans un esprit de collaboration pour améliorer le quotidien des résidents. Il est possible de profiter de leur expérience pour l'harmonisation.

L'introduction des PAB coach est également une initiative porteuse d'une organisation à l'écoute des besoins de ses résidents. L'unité, Étoile S.E.D.A.R., pour clientèle avec trouble de comportement au CHSLD Saint-Michel, et l'unité SPEC 3, du CHSLD Benjamin-Victor-Rousselot récemment rénové, sont accueillantes et bien adaptées aux besoins de la clientèle. De beaux projets avec des partenaires ont également été remarqués, les projets de bénévolats, de soutien à la communauté polonaise, d'intégration de jeunes des programmes de formation préparatoire au travail-trouble du spectre de l'autisme (FPT-TSA) au CHSLD Pierre-Joseph-Triest et Benjamin-Victor-Rousselot. Le déploiement de lits performants reliés au système d'appel central pour éviter le bruit des alarmes dans les chambres au CHSLD Judith-Jasmin est encouragé. La publication d'un article dans le rapport du regroupement provincial des comités des usagers « Un geste à la fois — partenariats locaux pour la bienveillance des personnes âgées en CHSLD » est une belle initiative pour faire rayonner les équipes au CHSLD Judith-Jasmin. L'établissement est encouragé à poursuivre ces actions pour la visibilité des équipes.

## Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 3 – Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)</b>	
<p>3.1.56 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>3.1.56.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>3.1.56.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p>	
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 3 – Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)</b>	

Deux centres de soins et services de courte durée ont été visités, soit une unité de soins en phase post-aiguë située au CHSLD Jeanne Le Ber et une unité de courte durée gériatrique située à l'hôpital Maisonneuve Rosemont.

L'unité de courte durée gériatrique de l'Hôpital Maisonneuve Rosemont compte 27 lits en chambres à occupation multiples et 1 lit en chambre individuelle. On y offre un service multidisciplinaire surtout axé sur le reconditionnement. La durée de séjour est d'environ 14 à 18 jours.

Pour l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, il existe une équipe « fluidité » qui assure la liaison avec le centre local de services communautaires (CLSC) pour les usagers déjà connus de ce service. Ils sont aussi présents au service des urgences pour assurer la fluidité vers le domicile.

L'unité de soins en phase post-aiguë du CHSLD Jeanne-Le-Ber compte au total 82 lits sur deux étages. Actuellement, seulement 52 lits sont actifs, faute de médecin pour assurer le suivi. Il y a en ce moment une réflexion pour déterminer la plus-value de l'apport d'une infirmière praticienne spécialisée afin de bonifier l'équipe. Celle-ci pourrait peut-être contribuer à la réouverture de quelques lits. Une cogestion entre les médecins et la gestionnaire existe, mais reste à être consolidée.

Des rencontres multidisciplinaires sont établies et nécessaires afin d'assurer le suivi optimal vers le congé, souvent soutenu par des soins à domiciles. Une équipe est en place pour assurer la liaison avec ce service.

Le séjour est de quelques semaines et répond surtout au besoin d'une clientèle gériatrique. Les lieux physiques sont vétustes, mais bien aménagés et fonctionnels. On y retrouve uniquement des chambres individuelles. Les mesures de contrôle ont fait l'objet de formation et un travail a été réalisé afin d'éviter l'utilisation de celles-ci. Pour les unités visitées, aucune mesure n'était en place.

Pour les deux centres, les exigences aux deux pratiques organisationnelles requises (POR) sur la prévention et le contrôle des infections sont conformes. La formation est offerte et la validation de la conformité est effectuée. L'animation de stations visuelles opérationnelles permet de diffuser les résultats d'audits et d'encourager la poursuite des bonnes pratiques.

Les plaies de pressions et le risque de chutes sont évalués de façon systématique; DES outils de suivis adaptés sont utilisés.

Pour ce qui est de la prévention du risque suicidaire, les risques sont cernés dès l'admission et la prise en charge est assurée. L'équipe n'hésite pas à sécuriser l'utilisateur par une présence 1 pour 1.

Les usagers rencontrés se disent satisfaits des services reçus et apprécient le travail et la disponibilité du personnel.

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est assuré par le médecin, l'infirmière et le pharmacien. Les besoins de vaccination sont évalués et recommandés par les pharmaciens. Il existe une saine gestion de la médication. Une évaluation précise encadre l'automédication, lorsque c'est requis. Les narcotiques sont administrés de façon sécuritaire. Cependant, lorsqu'on doit disposer d'une dose de narcotique, après une approbation signée par deux personnes, celui-ci est jeté dans la boîte de piquants/tranchants. Il est recommandé de trouver une méthode plus sécuritaire d'éliminer les demi-comprimés ou autres doses de narcotiques non utilisés.

Malgré la vétusté, les unités sont propres. Le préposé en hygiène et salubrité est présent sur l'unité et procède à la désinfection régulière. Toutefois, le chariot de celui-ci pourrait représenter un risque pour les usagers gériatriques avec des troubles cognitifs faisant de l'errance, car plusieurs produits se retrouvent sur le chariot qui est parfois sans surveillance et non sécurisé. Il est recommandé de sécuriser celui-ci en utilisant la serrure déjà en place.


Une gestion de proximité, dynamique et investie, est exercée dans les deux unités. Le personnel offre une

prestation de qualité sur plusieurs sphères qui touchent directement les soins de courtes durées gériatriques. La réadaptation est au cœur des pratiques. Toute l'équipe y participe.

---



## Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 4 – Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)</b>	
<p>4.1.36 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>4.1.36.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p> <p>4.1.36.4 Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.</p> <p>4.1.36.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.</p>	
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 4 – Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)</b>	

Le service d'évaluation gériatrique ambulatoire du centre multiservice gériatrique est situé au Pavillon Bourget de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Il est en place depuis 2019. La gestionnaire offre une présence et un soutien à l'équipe. La gestion de proximité permet de soutenir et d'encourager les bonnes pratiques.

Outre le service d'évaluation, des services spécialisés en gériatrie sont offerts aux personnes qui éprouvent des difficultés à fonctionner au quotidien.

Selon les besoins, les évaluations sont faites par un membre de l'équipe en place qui est un professionnel, soit physiothérapeute, travailleur social, médecin, ergothérapeute, nutritionniste ou orthophoniste. L'équipe accueille aussi en stages des résidents en gériatrie qui complètent l'équipe de 9 médecins. L'équipe multidisciplinaire se rencontre 1 fois par semaine afin de discuter des différents cas.

La moyenne d'âge des usagers qui y sont référés est de 80 ans. Par année, le service accueille de 300 à 400 personnes âgées.

Les référents sont majoritairement les groupes de médecine de famille (GMF). Un processus existe pour trier et prioriser les demandes après avoir reçu la requête.

Avant la pandémie, des activités de jour étaient offertes. Des centres de jour existent et sont actifs en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Quatre centres de jour sont sous la gestion du continuum SAPA et un centre de jour sous la gestion des CHSLD.

Bien qu'un formulaire standardisé ne soit pas utilisé pour le bilan comparatif des médicaments, celui-ci est effectué de façon minutieuse. Le médecin y prend une part active.

L'hygiène des mains est effectuée et objective et les résultats sont diffusés. La formation sur l'hygiène des mains est effectuée.

La pratique organisationnelle requise (POR) sur l'évaluation du risque suicidaire aurait avantage à faire l'objet d'une attention particulière. Bien qu'une vigie est observée en lien avec les troubles de santé mentale et la possible détresse, il n'y a pas d'outil pour évaluer systématiquement les usagers qui consultent ce service. Cependant, la mise en place de suivis est effectuée lorsque la situation le requiert.


L'information au point de transition est transmise. Des outils sont utilisés. Il y a un lien régulier avec les personnes qui reçoivent l'information à la suite du transfert, ce qui permet d'évaluer la qualité de l'information transmise et d'apporter des modifications au besoin.

Plusieurs documents de références sont offerts pour soutenir les usagers qui consultent. Il existe une vigie constante pour détecter les problématiques au niveau psychosocial, autant pour le proche aidant que pour l'utilisateur. Il y a possibilité de référer pour des suivis plus rapprochés selon les besoins. Cependant, l'évaluation du risque suicidaire pourrait être améliorée par la formation et des stratégies d'intervention déterminées et connues de tous.

La clientèle rencontrée est satisfaite du service reçu. Elle se sent bien accompagnée et soutenue.

---

## Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 5 – Soutien à domicile (usagers inscrits)</b>	
5.1.24 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
5.1.46 Des politiques et procédures sont en place sur la manipulation sécuritaire de l'argent et des biens de l'utilisateur, s'il y a lieu.	
5.1.49 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 5.1.49.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
5.1.50 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des proches aidants.	
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 5 – Soutien à domicile (usagers inscrits)</b>	

Le programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) a pu démontrer son engagement envers ses buts et objectifs qui sont de:

- Maintenir l'utilisateur dans son milieu de vie le plus longtemps possible et de façon sécuritaire avec l'aide des services du programme de soutien à domicile (SAD).
- Offrir des services permettant la récupération ou le maintien de l'autonomie fonctionnelle ainsi que la prévention de l'épuisement de l'aidant en offrant des services de répit.

L'équipe du programme SAD doit être félicitée pour sa préparation à cette visite d'agrément. Leur engagement dans l'amélioration continue de la qualité est remarquable. Il s'agit d'une équipe passionnée et engagée qui fournit des soins méticuleux, basés sur les meilleures pratiques, à sa clientèle.

Le personnel de l'équipe SAD incarne les valeurs du CIUSSS-EMTL qui sont au cœur de l'organisation : la collaboration, le professionnalisme, la communication, le respect ainsi que la qualité des soins et services. Ils donnent d'excellents soins centrés sur la personne avec une sensibilité culturelle; ils méritent d'être félicités.

L'équipe du programme SAD a le privilège de compter sur des partenaires associés au programme SAPA, tels que : Appui Montréal, EESAD (Entreprises d'économie sociale en aide à domicile), Société Alzheimer, SSPAD (Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal) ainsi que des partenaires de la ressource intermédiaire (RI) pour le développement de lits d'hébergement temporaire afin d'offrir du répit aux proches aidants. Le programme SAD est encouragé à poursuivre ses efforts pour réduire le temps d'attente dans les ressources intermédiaires (RI).

Deux des cinq centres de jour sur le territoire du CIUSSS-EMTL ont été visités. Ces deux centres de jour remplissent leur mission avec énergie et conviction. Le personnel est dévoué au maintien à domicile de leurs usagers. Il s'efforce de réduire l'isolement social et d'offrir un répit aux aidants.

Il s'agit d'une équipe dévouée dont les usagers sont satisfaits et engagés, selon les enquêtes et les entretiens réalisés. Les centres visités sont spacieux et adaptés à la prestation de services.

Le programme des centres de jour est encouragé à poursuivre sa formation sur la Loi 90 dans les différents sites afin d'assurer une administration sécuritaire et en temps opportun des médicaments aux usagers ayant une perte cognitive avancée.

L'équipe du programme SAD est encouragée à accroître le partage des résultats des initiatives de qualité avec ses usagers. Elle est aussi encouragée à impliquer davantage les usagers dans les projets d'amélioration de la qualité en tant que véritables participants/partenaires.

L'équipe du programme SAD doit être félicitée pour son Guichet d'accès pour les personnes en perte d'autonomie (GAPPA) qui a reçu et traité plus de 3 500 demandes de services de soutien d'aide à domicile par mois en 2022. L'établissement est encouragé à réfléchir à des solutions possibles pour le volume de demandes par rapport à sa capacité à accueillir ce nombre de demandes.

Les membres du personnel (tant le personnel de première ligne que les gestionnaires) interrogés sont très fiers de leurs rôles respectifs. Il y a une atmosphère professionnelle et détendue qui se ressent dans l'ensemble des programmes SAD. Les gestionnaires du programme SAD doivent être félicités pour leur approche de proximité avec leur personnel.

Le flux d'informations sur les clients est continu tout au long de leur parcours de soins, à la fois de manière informelle et grâce aux outils standardisés mis à disposition du personnel soignant. Le programme SAD bénéficiera, à terme, d'un dossier client entièrement électronique, ce qui permettra d'améliorer encore la communication aux points de transition.

L'équipe doit être félicitée pour la priorité qu'elle accorde à l'évaluation de la sécurité du domicile des clients au début de l'offre de service par l'équipe du programme SAD ainsi que des mises à jour effectuées régulièrement ou selon les besoins.

Les clients et les familles interrogés ont déclaré qu'ils étaient impliqués dans l'élaboration et la révision du plan de soins, tant au moment de l'inscription que régulièrement, conformément à la politique.

Le plan des ressources humaines du programme SAD comprend des éléments sur les formations obligatoires (pompes à perfusion, cybersécurité, maltraitance, OCCI ainsi que la sensibilisation à la réalité des différentes cultures), soins de fin de vie, soins bucco-dentaires, pour n'en citer que quelques-uns.

Le personnel du programme SAD bénéficie de sessions de formation régulières et continues, d'événements de reconnaissance du personnel, d'une orientation complète et du soutien du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI).

L'établissement est encouragé à augmenter la diffusion de toutes les statistiques sur les indicateurs de qualité aux usagers et aux familles.


Des audits détaillés sur les plaies cutanées ont été réalisés sur les différents sites du SAD et un plan d'action a été élaboré pour améliorer les résultats. Il est recommandé de rehausser cette méthodologie afin de permettre une meilleure évaluation de l'efficacité au niveau local et de diffuser des résultats des audits à plus grande échelle.

Identifier, réduire et gérer les risques pour les clients et les équipes est une priorité pour l'équipe du programme SAD. Les documents examinés et les affiches sur les tableaux d'affichage (stations visuelles) font état de plusieurs séances d'orientation et des formations annuelles obligatoires offertes au personnel et traitant de divers risques pour la sécurité et les bons coups sont également passés en revue régulièrement.

Le SAD doit être félicité pour son équipe de soins palliatifs. L'équipe d'infirmières spécialisées en soins palliatifs assure une approche intégrée et personnalisée de la fin de vie de leurs clients. Les entretiens avec les clients/familles recevant des soins palliatifs à domicile ont révélé que le personnel «se surpasse pour assurer notre confort et notre tranquillité d'esprit».

---

## Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 6 – Soins palliatifs et de fin de vie</b>	
<p>6.1.33 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>6.1.33.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>6.1.33.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p>	
<b>Commentaires des visiteurs</b>	
<b>Chapitre 6 – Soins palliatifs et de fin de vie</b>	

Les services de soins palliatifs et de fin de vie des centres suivants ont été visités : les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Benjamin-Victor-Rousselot, Saint-Michel, J. Henri Charbonneau, Jean-Hubert Biermans, Joseph-Francois Perrault et le centre local de services communautaires (CLSC) de Rosemont. Les soins palliatifs et les services de fin de vie font partie du continuum naturel des soins offerts aux résidents des CHSLD. Les discussions de fin de vie avec les résidents et les familles sont amorcées peu de temps après l'admission et la nécessité d'entreprendre des soins palliatifs et des services de fin de vie est revue régulièrement. Lorsque les résidents présentent des signes et des symptômes de fin de vie, le médecin en est informé et, sur confirmation du médecin, la famille en est informée. Un plan de traitement interdisciplinaire individualisé portant sur cette phase est élaboré en collaboration avec le résident et sa famille.

La majorité des CHSLD visités ont des chambres individuelles, ce qui permet d'offrir un espace au résident et à sa famille pour passer du temps de qualité pendant la phase palliative et de fin de vie. Lorsque le résident approche de la fin de sa vie, sa chambre est rendue aussi appropriée que possible par une musique apaisante, un éclairage chaleureux et la prise en compte de la famille afin qu'elle puisse être présente pour soutenir l'être cher. L'utilisation de trousse de fin de vie équipées de CD, d'une radio, d'une lampe, d'une couverture, d'un service à café/thé, etc. permet de s'assurer que rien n'est oublié pour créer une expérience de fin de vie paisible. Il est recommandé de réapprovisionner les trousse après utilisation et d'en prévoir un nombre suffisant par site. Pour les centres qui ne le font pas, il est suggéré de placer un symbole sur la porte de la chambre du résident pour avertir les membres de l'équipe que le résident est en fin de vie, afin d'éviter les dérangements inutiles.

Les résidents qui partagent leur chambre avec d'autres sont transférés dans une chambre individuelle quand cela est possible. Il convient d'envisager de mettre en place une chambre de fin de vie dans les centres avec chambre à deux lits. Il est aussi suggéré de considérer l'aménagement d'un salon pour

permettre aux membres de la famille de se réunir durant cette phase.

Le travailleur social, le praticien en soins spirituels et la conseillère en soins palliatifs sont disponibles pour apporter leur soutien au résident, à la famille et aux membres de l'équipe, selon les besoins.

L'établissement est encouragé à maintenir les compétences du personnel à travers des formations sur les services palliatifs et de fin de vie et sur l'identification des résidents qui se trouvent à cette phase du continuum.

---



## 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 des Établissements du réseau public du Québec.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les Établissements remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à des visites 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 30 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 Établissements 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 cinq 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.