



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Greenfield Park, QC

Séquence 5

Dates de la visite d'agrément : 29 janvier au 3 février 2023

Date de production du rapport : 17 mars 2023

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (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 janvier 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

Sommaire	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
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	15
Résultats détaillés de la visite	16
Résultats pour les manuels d'évaluation	17
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services	17
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)	20
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	24
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	26
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)	28
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie	31
Annexe A - Programme Qmentum	33

Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (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 : 29 janvier au 3 février 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. Centre de services pour aînés de Saint-Lambert
2. CHSLD Champagnat
3. CHSLD Champlain
4. CHSLD Docteur-Chevrier
5. CHSLD Georges-Phaneuf
6. CHSLD Gertrude-Lafrance
7. CHSLD Henriette-Céré
8. CHSLD Saint-Joseph
9. CHSLD Sainte-Croix
10. CHSLD Val-Joli
11. CLSC de la Vallée-des-Forts
12. CLSC du Richelieu
13. CLSC Samuel-de-Champlain

14. Hôpital de Jour HRR

15. Services administratif (Longueuil)

• **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.)	2	0	0	2
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	31	1	1	33
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	135	17	14	166
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	9	0	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	166	14	4	184
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	19	2	0	21
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	122	10	4	136
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	2	0	0	2
Total	486	44	23	553

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
Soutien à l'autonomie des personnes âgées									
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services	33 (82,5%)	7 (17,5%)	0	43 (89,6%)	5 (10,4%)	0	76 (86,4%)	12 (13,6%)	0
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)	33 (89,2%)	4 (10,8%)	1	53 (88,3%)	7 (11,7%)	3	86 (88,7%)	11 (11,3%)	4
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	30 (90,9%)	3 (9,1%)	3	39 (86,7%)	6 (13,3%)	0	69 (88,5%)	9 (11,5%)	3
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	20 (87,0%)	3 (13,0%)	7	39 (92,9%)	3 (7,1%)	4	59 (90,8%)	6 (9,2%)	11

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	41 (100,0%)	0 (0,0%)	1	74 (98,7%)	1 (1,3%)	2
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie	26 (96,3%)	1 (3,7%)	1	55 (100,0%)	0 (0,0%)	0	81 (98,8%)	1 (1,2%)	1
Total	175 (90,2%)	19 (9,8%)	13	270 (92,8%)	21 (7,2%)	8	445 (91,8%)	40 (8,2%)	21
Total	175 (90,2%)	19 (9,8%)	13	270 (92,8%)	21 (7,2%)	8	445 (91,8%)	40 (8,2%)	21

* 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
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Non Conforme	2 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 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Conforme	4 sur 4
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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
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))	Conforme	5 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))	Conforme	5 sur 5
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))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
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
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
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
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	8 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
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
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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
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
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
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	4 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Non Conforme	2 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Conforme	5 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)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
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	5 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.

Le présent rapport est le résultat des observations de la visite de la séquence 5 pour le programme-service de soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA), les services de soutien à domicile (SAD), les services gériatriques, les soins palliatifs et de fin de vie. Cette visite s'est déroulée simultanément avec celle du programme-service de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme, déficience physique (DI-TSA-DP). Ce rapport s'inscrit dans la continuité de ceux rédigés pour chacune des séquences du cycle de cinq ans, du programme Qmentum, adapté pour les établissements intégrés de santé et de services sociaux du Québec.

Dans l'ensemble, le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (CISSS-MC) témoigne d'une culture organisationnelle de la qualité fermement enracinée. Si la gestion de l'amélioration continue des processus cliniques a pu subir des ralentissements en lien avec la pandémie, la gestion des risques a continué de faire des avancées dans l'établissement. La gestion de proximité et l'encadrement clinique ont été renforcés. Les équipes s'approprient également des outils de gestion quotidienne pour mieux contrôler les principaux risques menaçant l'utilisateur.

Le CISSS-MC témoigne d'un engagement rigoureux à implanter de manière harmonisée et structurante toutes les pratiques organisationnelles requises (POR) sur l'ensemble des sites. Plusieurs POR ont passé l'épreuve intensive et continue des réalités relatives à la gestion de la pandémie et sont désormais ancrées dans les habitudes quotidiennes. La cohérence des pratiques entre autres autour de l'hygiène des mains, de la formation du personnel, de l'identification sécuritaire des usagers, de la déclaration des événements indésirables est un acquis important de toutes les équipes rencontrées.

L'adhésion aux POR de nature préventive (suicide, chute, plaies de pression, thromboembolie veineuse) a été constatée dans tous les milieux en contact avec les usagers. Le travail de formalisation et de documentation des pratiques avance. L'établissement est toutefois encouragé à évaluer l'efficacité de ses approches pour les ajuster au mieux en fonction des données objectives et de l'expérience vécue des usagers. L'adhésion systématique à la POR du bilan comparatif des médicaments (BCM) demeure un défi à relever collectivement pour assurer la sécurité de l'utilisateur.

Le travail du CISSS-MC pour assurer la continuité des soins aux usagers en misant sur le maintien à domicile, la réduction du recours au service des urgences et le rehaussement des pratiques cliniques en hébergement est indéniable. Le potentiel des services gériatriques demeure à exploiter pleinement. Par ailleurs, d'importants défis sont à relever comme le recours à des solutions intégrées de gestion informatisée, la pérennité de l'hébergement transitoire, la complémentarité des nouvelles ressources avec les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les enjeux de main-d'œuvre.

L'adoption de l'approche des soins centrée sur la personne se concrétise par un engagement constant du personnel à impliquer activement les usagers et leurs proches dans la planification des soins. Les équipes témoignent d'un respect rigoureux et documenté de la volonté exprimée des usagers et des proches.

Les consultations des comités de résidents et les sondages de satisfaction sont également des avenues privilégiées du CISSS-MC dans le déploiement de son approche des soins centrée sur la personne. Cependant, le recours aux usagers-ressources et l'apport de l'expérience vécue dans les processus décisionnels sont encore timides. L'établissement est encouragé à soutenir une approche structurante du recrutement, de la formation, du codéveloppement d'utilisateur-ressource et de gestionnaires dans la conduite de ses projets d'amélioration.

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
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les résidents, les familles ou les soignants pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.1.36
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes 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"> Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.1.37
<p>Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.1.40 Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.1.29

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
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.1.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
1.2.8 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.2.11 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.3.16 Des outils de communication normalisés sont utilisés pour partager l'information concernant les soins de l'utilisateur au sein des équipes et entre elles.	!
1.4.5 L'information est consignée dans le dossier de l'utilisateur en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
1.4.6 Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.	!
1.5.1 Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
1.5.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
1.5.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
1.5.4 Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!

- | | | |
|-------|--|---|
| 1.5.5 | Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles. | ! |
| 1.7.7 | Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations. | ! |

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 - Excellence des services

L'équipe de gestion du programme Soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) est composée de gestionnaires dynamiques et engagés. Ils démontrent un intérêt particulier pour l'innovation et pour l'amélioration continue. Leur ouverture et leur intérêt à adapter l'offre de services en fonction du contexte démographique sont notables.

L'équipe de gestion assure une gestion de proximité des membres du personnel ainsi que des usagers et leur famille dans un souci de saisir les opportunités d'amélioration.

L'établissement a mis en place des mécanismes de communication efficaces afin de faciliter le parcours de l'utilisateur au sein du programme SAPA. Il convient de saluer le travail de collaboration entre le volet soutien à domicile, le volet hébergement et le milieu hospitalier dans le parcours de soins de l'utilisateur et sa famille.

L'implantation du projet de paramédecine communautaire est un exemple de mise en place de projet novateur par l'établissement afin de renforcer les services de première ligne en créant une collaboration optimale entre le programme SAPA et les soins préhospitaliers. La planification précoce de congés concertés se veut également une initiative démontrant que l'établissement est à la recherche de solutions audacieuses pour améliorer la fluidité hospitalière et, par le fait même, favoriser une expérience positive de l'utilisateur dans son parcours de soin.

De nombreux partenariats sont établis par l'établissement dans un objectif de mieux répondre aux besoins de la population. La volonté du CISSS-MC de mettre à contribution l'ensemble des partenaires internes et communautaires dans la trajectoire de l'utilisateur et ses proches se traduit par plusieurs ententes et sa participation à différentes tables régionales.

L'établissement incarne la culture de la mesure. En effet, les projets sont suivis et la disponibilité des données permet d'apprécier les retombées sur le parcours de l'utilisateur. Plusieurs plans d'amélioration sont en cours afin d'identifier des pistes d'amélioration. Il faut saluer particulièrement la mise en plan du client mystère dans l'optique d'apprécier l'expérience de l'utilisateur dans sa recherche de services.

L'établissement a un réel souci de tenir compte de l'opinion des usagers et de leurs proches; plusieurs sondages sont effectués auprès de ceux-ci. Toutefois, l'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts par la mise en place d'un processus structuré formel afin de favoriser le recrutement et la formation des usagers partenaires.

La participation de l'utilisateur partenaire serait bénéfique dans la conception et la modernisation des espaces, particulièrement pour les sites les plus anciens et dans la détermination du niveau d'expérience et de compétences approprié au sein des équipes.

Il n'existe pas de procédure normalisée pour choisir des lignes directrices à utiliser par l'établissement selon les données probantes. Des cadres de référence sont mis à la disposition du personnel, toutefois l'établissement est encouragé à élaborer des procédures et des protocoles afin d'intégrer les lignes directrices et les données probantes dans les processus cliniques et les plans d'amélioration continue.

L'information en lien avec le plan d'intervention individualisé de l'utilisateur est manquante dans le dossier. En effet, la signature de l'utilisateur ne se trouve pas au dossier. L'établissement est encouragé à promouvoir cette pratique dans une optique de prise de décision partagée avec l'utilisateur et ses proches.

Les politiques et les procédures en lien avec les dossiers ne sont pas respectées. Des informations confidentielles ont été observées à des endroits non sécuritaires, par exemple, des dossiers d'utilisateurs ouverts aux postes de travail et de l'information sensible dans un bac de recyclage non barré. L'établissement est invité à poursuivre ses efforts en lien avec la conservation des dossiers et la confidentialité.

Des outils de communication seraient à bonifier en ce qui concerne le suivi des usagers en hébergement afin que l'équipe médicale puisse avoir toute l'information pour la continuité des soins. L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts visant à développer des outils de communication afin de travailler en étroite collaboration avec l'équipe soignante.

Bien que l'établissement dispose d'un processus pour l'appréciation du rendement des employés, des différences d'application sont observées selon les milieux en regard de la tenue et la fréquence des rencontres avec les employés. L'établissement est encouragé à remettre en priorité cette pratique de gestion et à ajuster au besoin la politique selon le contexte de gestion.

Le plan de réponse à la pandémie a mobilisé l'ensemble des ressources au cours des derniers mois. Toutefois, l'établissement est encouragé à reprendre son calendrier de mise à l'essai afin de répondre adéquatement lors d'un sinistre.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 – Soins et services de longue durée (usagers admis)	
2.1.3 Les données sur l'état de santé et les antécédents médicaux de l'usager sont recueillies pendant le processus d'admission afin de déterminer les services requis pour ce dernier.	
2.1.24 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	
2.1.33 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des résidents et des proches aidants.	
<p>2.1.36 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les résidents, les familles ou les soignants pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>2.1.36.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec le résident, la famille, les prestataires de soins ou le soignant (selon le cas), et consigné.</p> <p>2.1.36.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.</p>	
<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>2.1.37.6 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>2.1.40.2 Le risque de suicide chez chaque résident est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p>	

2.1.50	Une procédure est suivie pour mettre adéquatement en oeuvre les mesures de contrôle (contention, isolement, substances chimiques), pour surveiller le résident concerné et pour consigner l'utilisation de ces mesures au dossier du résident.	!
2.1.51	Un processus de surveillance du recours aux mesures de contrôle (contention, isolement, substances chimiques) est établi par l'équipe et cette information est utilisée pour apporter des améliorations.	!
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.	
2.1.63	La sécurité physique des résidents est protégée.	
2.1.66	Les résidents participent à la planification du menu.	
2.1.71	S'il y a lieu, un plan individualisé de soins palliatifs et de soins de fin de vie est mis au point pour chaque résident en partenariat avec le résident et les proches aidants.	
2.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 – Soins et services de longue durée (usagers admis)

Dans l'ensemble, le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (CISSS-MC) dispose d'un parc de 899 de lits d'hébergement ainsi que de lits de surcapacité (16), transitoires (40) et de répit temporaire (4), soit un total de 959 lits dressés distribués dans neuf sites. La qualité et l'adéquation des installations aux besoins des résidents et aux requis essentiels du travail en hébergement varient de manière significative. Plusieurs unités codées et prothétiques sont distribuées dans les différentes installations pour les besoins de la clientèle gériatrique présentant des troubles cognitifs et de quelques usagers en DI-TSA et en santé mentale. Plusieurs jeunes adultes sont dispersés. La création de micro-milieus est un défi. L'établissement est invité à saisir les options qui s'offriront dans le futur pour répondre aux besoins de ces groupes d'âge.

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), Henriette-Céré, Gertrude-Lafrance, et Docteur-Chevrier offrent des espaces intérieurs vastes, permettant une circulation adéquate, des chambres individuelles d'une superficie adaptée ainsi que des communs et extérieurs aménagés spécifiquement pour la clientèle. Les CHSLD Georges-Phaneuf, Saint-Joseph, Val-Joli, Champagnat et Champlain sont vétustes tant dans l'aménagement des chambres que dans l'organisation sécuritaire et hygiénique des sanitaires, l'exiguïté des espaces de circulation et de croisement des flux.

Le travail engagé des équipes pour aménager des espaces stimulants de vie commune ainsi des espaces d'apaisement pour les fins de vie est évident. Les accommodements pour accueillir des petits animaux sont des initiatives à souligner. Des aménagements réussis pour créer un climat serein, chaleureux et sécuritaire se retrouvent sur les différents sites et l'établissement est invité à les mutualiser. Cependant, les déficits cumulés des infrastructures ont des impacts marqués sur la qualité du milieu pour répondre à la complexité des besoins qui s'y trouvent.

Le personnel d'encadrement de plusieurs sites est nouvellement nommé ou cumule deux affectations par intérim. À cet égard, l'établissement a mis en œuvre des mécanismes de gestion de proximité robuste. Il convient de le féliciter pour cette approche et de l'inviter à la consolider pour assurer le succès des nouveaux gestionnaires dans un contexte de volatilité qui rend la structure de gestion encore vulnérable aux circonstances. Au sein des équipes terrain, l'arrivée de cohortes de préposés aux bénéficiaires a eu dans l'ensemble un impact positif sur le temps passé auprès des résidents. L'arrivée de la relève en médecine est aussi à saluer. Cependant, le recours à des infirmières d'agence est encore de mise pour compenser les départs ou les absences.

Toutes les interactions observées entre les équipes et les résidents, quels que soient leur état cognitif et leur état d'agitation, sont attentionnées et empreintes de respect. La contribution du personnel est à souligner pour la qualité exceptionnelle de son approche humaine et empathique. La présence sur place d'un personnel multilingue permet de converser avec certains usagers dont la langue maternelle n'est pas le français. L'établissement est encouragé à poursuivre cette culture de la représentativité en emploi pour répondre à l'évolution de la diversité des résidents. Le recours à des traducteurs ou à des solutions électroniques de traduction simultanée est encouragé pour soutenir les résidents dont la langue maternelle n'est pas parlée par le personnel.

L'affectation d'une infirmière clinicienne en soutien à la pratique à chacun des sites représente une avancée significative pour améliorer la formation et la qualité clinique des soins et services offerts aux résidents. Dans ce même esprit, la présence de pharmaciens dans les sites du réseau local de service (RLS) Champlain représente également un apport considérable au travail clinique des équipes. Cette présence a permis au CISSS-MC de faire des avancées significatives dans le programme OPUS de déprescription des antipsychotiques. Les réussites constatées sont à saluer et constituent des preuves que cette présence pourrait être bénéfique pour les sites plus éloignés. Le CISSS-MC est invité à se pencher sur les modalités d'une distribution rehaussée des ressources en pharmacie et à considérer le potentiel de la télépharmacie. L'établissement est invité à poursuivre son travail de déploiement du bilan comparatif des médicaments (BCM) et de l'engagement de tous les professionnels incluant les médecins dans la systématisation du BCM.

Toutes les équipes d'hébergement se préparent adéquatement à recevoir les usagers. Le travail avec les mécanismes d'accès à l'hébergement pour trouver le milieu le plus approprié est effectif, bien qu'il soit noté qu'à certaines occasions la pression du besoin l'emporte sur la juste capacité du milieu à y répondre.

La préparation est rigoureuse pour recevoir les usagers ayant des besoins complexes, et ce, particulièrement en travaillant des partenariats étroits avec les autres directions comme celles de la santé mentale et de la DI-TSA-DP pour une entrée réussie des usagers. La collaboration, le focus clinique et la fluidité des communications avec des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) pourraient être améliorés pour une fluidité optimale et complémentaire de l'offre de soins.

Si les sites sont outillés pour produire des plans informatisés de travail, il est observé que la documentation clinique est en format papier. L'examen de 90 dossiers sur les neuf sites atteste d'une nomenclature impeccable des dossiers patients et de pratiques de documentation rigoureuse. Un point d'attention est relevé en ce qui concerne la documentation des ordonnances médicales et la transcription des ordres verbaux dans les notes infirmières. Le consentement éclairé aux soins, les directives anticipées sur les niveaux de soins et les évaluations cliniques sont rigoureusement documentés.

Sur le plan clinique, une vision et des pratiques communes sont observées en matière de recours exceptionnel aux mesures d'isolement, de contention. Les équipes font une gestion adéquate des comportements réactifs tout en respectant les refus catégoriques.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 – Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	
<p>3.1.29 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>3.1.29.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>3.1.29.2 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>3.1.29.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.</p>	
3.1.37 Un plan d'intervention individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et les proches aidants, et il est consigné.	
3.1.38 S'il y a lieu, le plan d'intervention individualisé prévoit des stratégies pour évaluer et gérer la douleur.	
3.1.39 Le plan d'intervention individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis	
3.1.55 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention individualisé et réalisée en partenariat avec l'usager et les proches aidants.	
3.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.	
3.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.	
3.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.	
3.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.	
3.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	

Commentaires des visiteurs**Chapitre 3 – Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)**

Les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) du centre de service de Saint-Lambert et au point de service Sainte-Croix ont été visitées. Ces équipes ont été touchées par la pandémie, notamment par la fermeture des services de réadaptation pour devenir un centre dédié COVID-19. Le retour à leur mission initiale est en réalisation, et ce, en visant des pratiques harmonisées pour les deux sites.

Des changements sont en cours, notamment en ce qui concerne l'évaluation de préadmission dorénavant réalisée par le mécanisme d'accès à l'hébergement pour l'un des sites et le souhait de respecter les critères d'admissibilité. Il n'en demeure pas moins que l'accueil d'usagers présentant des obstacles à la réadaptation, tels que la clientèle atteinte d'un trouble neurocognitif, demeure un défi. Cela compromet l'atteinte de l'objectif de réduire la durée de séjour actuelle des usagers, cible que les gestionnaires de l'URFI souhaitent être dans les standards d'une unité de réadaptation.

Le soutien de la conseillère en soins infirmiers est une valeur ajoutée aux soins, notamment par le soutien au développement des meilleures pratiques et de la formation. Le respect de nombreux protocoles est ancré dans les pratiques quotidiennes, tel que la prévention des chutes, le suivi des plaies et la double identification. Néanmoins, un travail de consolidation du repérage du risque suicidaire reste à faire ainsi que l'intégration au dossier d'un plan d'intervention individualisé pour chaque usager.

Au fil du temps, des outils ont été développés tant pour les usagers que pour soutenir le personnel et favoriser la communication. Le Guide d'accompagnement durant votre séjour — Centre Saint-Lambert, présente les informations importantes pour les usagers et leurs proches et il est question qu'il soit déployé au point de service Sainte-Croix dans les démarches de standardisation. Un bon coup des équipes concernant la transmission de l'information aux points de transition demeure la gestion quotidienne, pendant laquelle l'ensemble des membres du personnel partage les particularités liées aux usagers.

La mobilité du personnel, son recrutement et la stabilité de l'équipe de gestion demeurent un enjeu. En effet, de nombreux mouvements du personnel ont eu lieu dans les dernières années et les équipes actuelles ne sont pas stabilisées. Le contexte du réseau de la santé et des services sociaux explique en partie ces enjeux. Il s'ajoute à ceux-ci la situation géographique éloignée d'un des points de service qui en fait un lieu moins attractif pour les employés. Cela a un impact direct sur les soins et les services offerts aux usagers, notamment par la diminution de l'intensité des interventions en réadaptation.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 – Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	
4.1.44 Un plan d'intervention individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et les proches aidants, et il est consigné.	!
4.1.45 Les progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'utilisateur et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention individualisé.	
4.1.46 Le plan d'intervention individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
4.1.48 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention individualisé et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et les proches aidants.	
4.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	!
4.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 4 – Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	

L'hôpital de jour est un service qui a été touché par la pandémie, tant par sa fermeture momentanée que par la réorganisation des lieux physiques en raison d'un changement de locaux. La force de l'équipe demeure dans la stabilité de son personnel, la diversité professionnelle, la collaboration interdisciplinaire et l'ajout au corps médical d'un gériatre et d'un gérontopsychiatre consultant. De plus, ce service entretient des liens avec bon nombre de partenaires dans la communauté, toujours dans le but de prolonger le maintien à domicile des usagers.

Du fait de sa structure et de son organisation, le service répond aux normes telles que l'identification des usagers à l'aide de deux identificateurs, le respect des normes de prévention des infections et la communication aux points de transition. Par ailleurs, chaque professionnel réalise son évaluation à l'aide d'outils standardisés, établit des objectifs et émet des recommandations. Toutefois, l'absence d'un plan d'intervention individualisé a été observée.

Il est donc souhaité qu'un tel outil soit développé au sein de l'équipe.

L'équipe démontre une agilité afin de s'adapter aux besoins de l'utilisateur et des personnes proches aidantes. Ainsi, les évaluations peuvent être réalisées à différents endroits, tels que les locaux de l'hôpital de jour, mais également à domicile, en téléconsultation ou par le programme d'Évaluation Intervention Orientation. De plus, le personnel collabore avec l'équipe du plan Alzheimer, les groupes de médecine de famille (GMF) et divers comités dans un but d'assurer l'accessibilité aux services et soutenir la première ligne.

L'un des objectifs du service est la diminution de la liste d'attente qui, selon l'équipe de gestion, passe par une réflexion sur l'adaptation ou un changement de pratique. En ce sens, un projet d'intégration d'un technicien en éducation spécialisé ou d'un psychoéducateur afin de soutenir les usagers et leurs proches présentant des troubles neurocognitifs majeurs a été réalisé. Ce projet a donné des résultats satisfaisants et s'inscrit dans le continuum de soutien à domicile de l'utilisateur, en diminuant les consultations au service des urgences et aux hospitalisations, conséquemment, à une possibilité de diminution du nombre d'utilisateurs identifiés comme étant en niveaux de soins alternatifs.

Il est important de mentionner que le professionnalisme de l'équipe est souligné et reconnu par les proches aidants; ils se sentent soutenus par une équipe dans leur réalité de maintenir à domicile leur proche.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 – Soutien à domicile (usagers inscrits)	
5.4.3 Pour chaque nettoyeur et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 5 – Soutien à domicile (usagers inscrits)

Les équipes de soutien à domicile ont à cœur de favoriser un parcours fluide pour les usagers et leurs familles. En effet, plusieurs mécanismes de communication et de concertation sont mis en place avec les partenaires hospitaliers pour planifier le retour à domicile de l'usager précocement et ainsi éviter un séjour prolongé en milieu hospitalier. Le Centre intégré de services de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (CISSS-MC) déploie des approches adaptées et intégrées pour améliorer la trajectoire de l'usager et de ses proches tout au long du continuum de soins.

Le CISSS-MC développe des projets afin d'optimiser les services en proximité et de première ligne. Le projet de paramédecine et l'initiative de la clinique mobile sont deux exemples concrets qui évitent le recours à l'hospitalisation des aînés.

Une agilité à réorganiser le travail des équipes afin de répondre aux besoins de la population a été observée. La mise en place des ressources infirmières dans le projet de paramédecine dans tous les sites et les équipes d'évaluation et intervention rapide en sont de bons exemples. L'audace du CISSS-MC à moderniser et à moduler son offre de services se traduit par des projets et des façons de faire conduisant à une gestion du changement. La priorisation au mécanisme d'hébergement des usagers en attente d'hébergement à partir du domicile démontre la volonté du CISSS-MC d'accompagner l'usager et ses proches dans leur parcours en évitant le recours à l'hospitalisation.

La cogestion médicale est présente sur deux des trois sites du soutien à domicile. La contribution de l'équipe médicale soutient les équipes cliniques afin d'aider l'usager et sa famille à demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie et de favoriser les interventions en première ligne. La direction du programme Soutien à domicile (SAD) est encouragée à poursuivre ses efforts dans la recherche de médecins pour rejoindre la direction afin de soutenir le site de la Vallée-des-forts.

Il convient de saluer le leadership de la structure d'encadrement clinique dans le soutien des pratiques et des processus cliniques. Le soutien apporté est sans équivoque un élément favorable à la rétention du personnel au soutien à domicile. De plus, le programme s'est doté d'une structure de rencontres cliniques selon une fréquence établie afin de faciliter les échanges et favoriser la collaboration interprofessionnelle. La contribution de plusieurs titres d'emploi au sein des équipes du soutien à domicile favorise le partage des responsabilités et le travail de collaboration interprofessionnelle.

La grille d'évaluation des risques à domicile est en processus d'implantation au sein des équipes. Il est suggéré à l'établissement de poursuivre ses efforts afin que cet outil soit intégré au sein de toutes les équipes du soutien à domicile.

La continuité de l'information apparaît comme un enjeu majeur dans la trajectoire de l'utilisateur. Plusieurs systèmes d'information sont utilisés selon le titre d'emploi. La consultation du dossier de l'utilisateur demande une navigation de la part du personnel dans plusieurs systèmes. Le programme est encouragé à prioriser les actions afin de faciliter l'accès à l'information de l'utilisateur.

L'harmonisation de l'offre de services des centres de jour est en cours. L'établissement effectue des ententes de partenariats avec des organismes, tels que la société Alzheimer, afin d'offrir une complémentarité de services aux usagers et à leurs proches. Il faut souligner l'engagement des équipes des centres de jour à reprendre et à maintenir l'offre de services à la suite de la pandémie. L'offre de services est diversifiée et adaptée selon les profils de la clientèle. En effet des groupes variés (AVC, Parkinson, Équilibre et Arthrose) sont mis en place selon les problématiques.

L'équipe adapte également la fréquence de participation selon le besoin des familles. Il convient de souligner l'initiative de l'équipe d'offrir des groupes en langue anglaise pour répondre aux besoins de cette clientèle.

L'implication des proches est fortement encouragée par les professionnels du soutien à domicile. Ceux-ci sont sollicités par la réalisation des sondages de satisfaction. Les personnes proches aidantes font partie intégrante des processus cliniques et l'établissement tient compte des préoccupations et des commentaires afin d'améliorer les services.

Le programme SAD fournit une variété d'outils de communication adaptés et pertinents tant pour les partenaires internes que pour l'utilisateur et sa famille dans un objectif de faire connaître et valoriser l'offre de services de soutien à domicile.

Les questions éthiques sont gérées et animées de façon proactive. La trajectoire de demande de soutien par le comité d'éthique est connue des intervenants de même que la disponibilité, au moment opportun, d'une ressource en éthique en soutien aux équipes.

Le programme entretient des partenariats efficaces avec la communauté. Des ententes sont établies selon la complémentarité des services. Les partenaires se disent satisfaits de leur collaboration et ont une réponse lorsqu'ils rencontrent des enjeux. L'implication d'intervenants aux différentes tables favorise la mise en place de processus de collaboration. Le programme est encouragé à mettre en place une structure de communication fréquente avec ses partenaires afin de partager les enjeux de manière continue.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 – Soins palliatifs et de fin de vie	
6.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	!

Commentaires des visiteurs**Chapitre 6 – Soins palliatifs et de fin de vie**

Le Centre intégré de santé et des services sociaux de la Montérégie-Centre (CISSS-MC) offre des services de soins palliatifs et de fin de vie à travers les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), les unités spécialisées et le Programme de soutien à domicile oncopalliatif et de fin de vie.

La Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) met à la disposition de son personnel de nombreuses formations en soins palliatifs et de fin de vie. Un certain nombre de membres du personnel ont reçu l'une de ces formations.

Le CISSS-MC opère un programme de soutien à domicile dédié aux soins oncologiques palliatifs et fin de vie. Ce service spécialisé s'adresse à une clientèle de 18 ans et plus ayant un diagnostic oncologique ou en phase terminale d'une maladie chronique. Les services sont offerts 24 heures sur 24, 7 jours par semaine. Une équipe de professionnels incluant médecins, infirmières, travailleuse sociale, auxiliaires de services de santé et sociaux, ergothérapeute, inhalothérapeute, physiothérapeute et nutritionniste sont disponibles pour soutenir les personnes qui désirent vivre leurs soins palliatifs et de fin de vie dans le confort de leur foyer.

Le programme de soutien à domicile oncopalliatif et fin de vie du CISSS-MC a su s'entourer de nombreux partenaires afin d'enrichir les services à sa clientèle. Parmi les partenaires privilégiés, il faut citer entre autres les personnes proches aidantes, les hôpitaux, les ressources en soins palliatifs, les pharmacies des centres hospitaliers et communautaires de son territoire, la Direction de cancérologie, la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées, le Centre d'hébergement de soins de longue durée Champlain, la Maison de soins palliatifs de la Ressource de Saint-Jean-sur-Richelieu, les conseillères en soins infirmiers de la Direction des soins infirmiers, le Guide d'accès à un médecin de famille et les Services progressifs pour le soutien lors des quarts de nuit.

Le CISSS-MC offre également à sa clientèle la possibilité de recevoir des soins palliatifs et de fin de vie au sein d'un milieu de vie spécialisé comme l'Unité de soins palliatifs Champlain ou la Maison de soins palliatifs de la Ressource de Saint-Jean-sur-Richelieu. L'unité de soins palliatifs Champlain peut accueillir 14 personnes qui désirent un soutien continu de personnel infirmier avec accès rapide à des médecins, une travailleuse sociale et autres professionnels de la santé. La Maison de soins palliatifs de la Ressource de Saint-Jean-sur-Richelieu offre les mêmes services de soutien à une population de 15 résidents.

Le CISSS-MC est reconnu pour avoir perfectionné, depuis plus de 15 ans, son Programme de soutien à domicile oncopalliatif. Le CISSS-MC s'est assuré que tous les membres du personnel du Programme de soutien oncopalliatif reçoivent régulièrement de la formation en soins palliatifs pour parfaire leurs connaissances et leurs expertises.

Le CISSS-MC est reconnu pour offrir les soins palliatifs et de fin de vie dans tous les CHSLD afin de prévenir des transferts au dernier moment de la vie des résidents.

Le CISSS-MC est reconnu pour l'engagement de tous ses professionnels à prodiguer les meilleurs soins et services à sa clientèle et à rechercher continuellement l'amélioration continue de la qualité.

Le CISSS-MC est reconnu pour mettre au centre des décisions, les droits, les besoins, les capacités et les choix de la clientèle selon une approche de compassion, respect et intégrité et d'excellence.

Le CISSS-MC est félicité pour avoir créé une équipe de professionnels dont les compétences et l'expertise se complètent tout en créant une synergie organisationnelle. Parmi ces professionnels, il faut citer, entre autres, la contributrice de la conseillère en soins palliatifs de la direction des soins infirmiers qui accompagne la coordonnatrice du programme oncopalliatif et la conseillère en soins palliatifs pour les CHSLD.

Il existe en ce moment sept applications informatiques pour opérer le Programme oncopalliatif et fin de vie. Ces applications ne communiquent pas entre elles, ce qui apporte une complexité organisationnelle ayant des impacts sur l'optimisation des services. Le CISSS-MC a ainsi l'opportunité de revoir le nombre d'applications afin de favoriser l'efficacité de travail de ses professionnels et de réduire le risque de retransmission.

Le CISSS-MC possède un plan de réorganisation de l'environnement de l'unité de soins palliatifs Champlain. Il est favorable de constater que l'établissement voit l'importance de relocaliser son poste de soins près de la porte d'entrée pour accueillir chaleureusement sa clientèle et les visiteurs. L'établissement a aussi comme objectif de créer une salle de repos pour les familles, ce qui sera un atout pour l'établissement. À la suite des commentaires reçus, le CISSS-MC a l'opportunité de revoir aussi la décoration intérieure de l'unité afin de la rendre plus accueillante.

Puisque d'autres programmes de soutien de soins palliatifs et fins de vie existent dans les autres CISSS et CIUSSS du Québec, le CISSS-MC est encouragé à développer un réseau de partage d'idées avec les autres programmes de soins palliatifs et de fin de vie avec les autres régions de la province.

Enfin, le CISSS-MC est encouragé à poursuivre l'offre de formation en soins palliatifs et fin de vie à l'ensemble du personnel de soutien à l'autonomie des personnes âgées et à prévoir des formations de rappel au moment opportun.

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.