



**ACCREDITATION**  
**AGRÉMENT**  
**CANADA**

# **Rapport d'agrément**

Programme Qmentum<sup>MD</sup>  
Soins de longue durée

**Maison des Aînés de St-Timothée inc.**

Rapport publié : 23/07/2024

# Table des matières

<b>À propos d’Agrément Canada</b>	3
<b>À propos du rapport d’agrément</b>	3
<b>Confidentialité</b>	3
<b>Sommaire</b>	5
À propos de l’organisation	5
Aperçu des observations de l’équipe de visiteurs	5
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	6
Soins centrés sur les personnes	6
Aperçu de l’amélioration de la qualité	6
<b>Aperçu du programme</b>	7
<b>Statut d’agrément</b>	8
Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément	8
<b>Pratiques organisationnelles requises</b>	9
<b>Résultats de l’évaluation divisés par chapitre</b>	11
Gouvernance et leadership	11
Modèles de prestation de soins	13
Gestion des situations d’urgence et des catastrophes	15
Prévention et contrôle des infections	16
Gestion des médicaments	18
Expérience de soins des résidents	20

## À propos d'Agrément Canada

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

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

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

## À propos du rapport d'agrément

L'organisation mentionnée dans le présent rapport d'agrément participe au programme d'agrément Qmentum<sup>MD</sup> Soins de longue durée d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'organisation a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 13/11/2023 à 15/11/2023.

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

## Confidentialité

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

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'organisation mentionnée dans ce rapport d'agrément, et les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'organisation et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'organisation peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à : [publications@healthstandards.org](mailto:publications@healthstandards.org).

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

# Sommaire

## À propos de l'organisation

En 1990, la Maison des Aînés de St-Timothée Inc. obtient du ministère de la Santé et des Services sociaux un permis pour exercer la mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée privé non conventionné. Ce CHSLD dispose de 62 chambres individuelles et d'une chambre en occupation double dans cinq unités de soins différentes. Parmi ces chambres, deux lieux sont utilisés pour l'hébergement temporaire (programme de répit/dépannage). La clientèle est à majorité francophone, répartie sur les unités de soins en fonction de la problématique majeure, soit déficience physique ou cognitive. Un secteur sécurisé est dédié aux résidents atteints de problématiques cognitives importantes. Le CHSLD Maison des Aînés de St-Timothée détient une certification d'Agrément Canada depuis 2008. L'établissement travaille en partenariat avec le Centre Intégré de Santé et Services Sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSMO) sur différents dossiers, dont celui du conventionnement de l'établissement. Une excellente collaboration existe entre les deux entités.

Dans la dernière année, l'établissement a fait face à un défi important soit le décès subit du président et directeur général. La relève est assurée par la conjointe du président qui est maintenant l'exploitante de la résidence. Une réorganisation administrative a permis la nomination d'un directeur général par intérim afin de faciliter la mise en place des activités et le maintien des soins et services de qualité et de sécurité.

Les admissions au CHSLD Maison des Aînés sont gérées par la direction de l'hébergement du CISSMO. La clientèle hébergée est âgée et souffre de problèmes liés au vieillissement dont plusieurs résidents avec des problèmes cognitifs. Tous les résidents sont en perte d'autonomie importante nécessitant des soins et services donnés par un personnel à majorité des préposés aux bénéficiaires. D'autres types d'emploi composent l'équipe interdisciplinaire. L'arrivée dans la dernière année d'un médecin, disponible quelques heures par semaine, a permis de résoudre diverses problématiques de santé chez les résidents.

## Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

L'équipe de visiteurs a pu constater que le personnel a le souci de donner des soins et des services de qualité dans une approche de bienveillance. Des petits gestes simples traduisent ces observations. Le personnel est en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la clientèle. Le bâtiment est propre et sécuritaire. Les entrées sont sécurisées par des codes d'accès. Des rampes d'accès extérieur sont disponibles pour les résidents en fauteuil roulant. Les heures de visite sont élargies pour les familles et/ou les proches. Une mise à niveau physique de l'unité occupée par les résidents atteints de troubles cognitifs est en cours de réalisation afin de la rendre plus sécuritaire et accueillante. Une préoccupation est portée afin d'éviter de trop déranger les résidents dans le cadre de ces travaux.

La propriétaire, le directeur général et la conseillère en agrément ont travaillé ardemment pour préparer cette visite d'agrément. Beaucoup de documents, politiques, procédures ont été produits ou révisés dans la dernière année. Il est observé que ces changements documentaires ne sont pas diffusés au personnel sur les unités de soins que ce soit par de la formation ou de l'information. Nous encourageons l'équipe à trouver des stratégies de communication pour s'assurer que l'information se rend jusqu'aux intervenants.

## **Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence**

Le départ subit du propriétaire, il y a un an, a créé une onde de choc à l'intérieur de l'établissement. La présence et l'implication de l'exploitante actuelle et du directeur général par intérim sont remarquables. Ces personnes visent le bon fonctionnement de l'établissement dans une optique de qualité et de sécurité. Un travail énorme a été réalisé dans la dernière année pour la mise à niveau des pratiques cliniques. Des plans d'action ont été élaborés, des formations ont été dispensées, du soutien a été donné par le CISSSMO, ce sont des exemples permettant d'améliorer l'offre de services aux résidents et leurs familles.

Plusieurs pratiques organisationnelles requises ne sont pas conformes en raison d'un manquement à un ou des tests de conformité. Le volet documentaire est bien élaboré. On y retrouve une présentation de la POR, la formation requise, l'audit spécifique. L'équipe doit actualiser la mise en place des pratiques organisationnelles requises sur le terrain et s'assurer qu'elles sont conformes afin d'assurer des soins sécuritaires. La direction a le défi de former les intervenants terrain pour que les bonnes pratiques en lien avec les POR soient intégrées au quotidien et d'en mesurer les résultats. La direction doit s'assurer qu'un plan de communication est diffusé au personnel et aux résidents/familles.

## **Soins centrés sur les personnes**

### **Aperçu de l'amélioration de la qualité**

La préoccupation de la direction est de procurer des soins et services de qualité et sécuritaires aux résidents dans l'établissement. Le programme de pérennité des pratiques en qualité et sécurité est en vigueur dans l'établissement depuis juin 2023. Parmi les éléments de ce programme, des formulaires de surveillance pour l'application des audits sont disponibles pour les auditeurs selon les pratiques organisationnelles requises. Plusieurs stratégies sont en place pour s'assurer de la qualité, dont la mise en place des audits. Il est proposé à l'établissement d'établir un calendrier annuel pour les audits. L'établissement a fait une auto-évaluation des normes d'agrément en vue de la visite actuelle. L'équipe a produit un plan d'action interne. Certains éléments de ce plan d'action se retrouvent dans le «plan d'action pour la qualité et la sécurité des résidents 2023-2024» et dans celui en vue du conventionnement de la résidence. La mise en place de champions en prévention des infections a joué un rôle déterminant dans la mise en place de bonnes pratiques. L'identification de futurs champions pour des volets plus spécifiques (plaies) est en cours en partenariat avec le CISSSMO et pour de la formation plus spécifique.

Un plan d'action pour la qualité et la sécurité des résidents est élaboré et mis en œuvre pour l'année 2023-2024. Un comité de gestion des risques a nouvellement été créé. De plus, un comité de vigilance et de la qualité fait le suivi des recommandations des incidents-accidents. Les données statistiques des incidents-accidents de l'année 2022-2023 sont disponibles. L'équipe est encouragée à en faire l'analyse et proposer des recommandations. Il est suggéré à l'établissement d'aller chercher du soutien au sein du CISSSMO pour informatiser la déclaration des incidents-accidents dans le système d'information (SISSS) du ministère.

Le suivi des plaintes est fait par la commissaire aux plaintes du CISSSMO. Un rapport annuel et des

## Aperçu du programme

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

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

<sup>1</sup> Le présent rapport ne comprend pas les résultats des sondages et les commentaires connexes.

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

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

Chapitre 1 : Gouvernance et leadership

Chapitre 2 : Modèles de prestation de soins

Chapitre 3 : Gestion des situations d'urgence et des catastrophes

Chapitre 4 : Prévention et contrôle des infections

Chapitre 5 : Gestion des médicaments

Chapitre 6 : Expérience de soins des résidents

# Statut d'agrément

Le statut d'agrément de Maison des Aînés de St-Timothée inc. est :

**Agréé**

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

## Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément

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

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

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

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

<sup>4</sup> L'échantillonnage de l'établissement a été exécuté sur les organisations à sites multiples et service unique, ainsi que les organisations à établissements multiples et services multiples.

## Tableau 1. Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Sur place
Maison des Aînés de St-Timothée inc.	✓

## Pratiques organisationnelles requises

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été établies comme essentielles à instaurer par l'organisation pour améliorer la sécurité des usagers et pour réduire les risques au minimum. Les POR contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité. Les directives du Comité d'approbation du statut d'agrément (CASA) imposent l'atteinte de 80 % et plus des critères associés aux tests de conformité des POR.

**Tableau 2. Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'organisation**

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
Gouvernance et leadership	Responsabilité liée à la qualité des soins	6 / 6	100.0%
Gouvernance et leadership	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.0%
Gouvernance et leadership	Plan de sécurité des usagers	4 / 4	100.0%
Gouvernance et leadership	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.0%
Gouvernance et leadership	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.0%
Gouvernance et leadership	Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	3 / 3	100.0%
Prévention et contrôle des infections	Taux d'infection	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Médicaments de niveau d'alerte élevé	6 / 6	100.0%
Gestion des médicaments	Sécurité liée à l'héparine	0 / 0	0.0%

<b>Chapitre</b>	<b>Pratique organisationnelle requise</b>	<b>Nombre de critères conformes du test de conformité</b>	<b>Pourcentage de critères conformes du test de conformité</b>
Gestion des médicaments	Sécurité liée aux narcotiques	0 / 0	0.0%
Gestion des médicaments	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	4 / 4	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des chutes et réduction des blessures	6 / 6	100.0%
Expérience de soins des résidents	Soins de la peau et des plaies	7 / 8	87.5%
Expérience de soins des résidents	Prévention des plaies de pression	4 / 5	80.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention du suicide	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Identification des usagers	1 / 1	100.0%
Expérience de soins des résidents	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.0%
Expérience de soins des résidents	Sécurité liée aux pompes à perfusion	0 / 0	0.0%

# Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

## Gouvernance et leadership

Le chapitre 1 porte sur l'évaluation de la gouvernance et du leadership dans les établissements de soins de longue durée. Les critères de gouvernance et de leadership s'appliquent à l'instance de gouvernance (conseils et comités) et aux équipes d'encadrement. Les thèmes abordés dans ce chapitre comprennent la stratégie et les plans opérationnels, les rôles et responsabilités de gouvernance et de leadership, les politiques et procédures organisationnelles, les systèmes d'aide à la décision, la gestion intégrée de la qualité et la gestion des risques.

### Évaluation du chapitre: 96.7% des critères sont conformes

3.3% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 3 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### Résultats de l'évaluation :

Une petite équipe de gestionnaires assure la gouvernance de la Maison des Aînés de St-Timothée Inc. Il n'a pas de conseil d'administration. Le comité directeur est composé de la propriétaire, du directeur général, de la responsable des soins infirmiers, et d'une adjointe aux soins infirmiers. Ces personnes sont très présentes et le travail de proximité permet de résoudre les différentes problématiques entre les gestionnaires et le secteur clinique, et ce, au fur et à mesure. Nous suggérons à l'organisation de structurer des rencontres formelles du comité directeur avec un ordre du jour et la rédaction de procès-verbaux. De plus, il est proposé de créer de petits comités pour le suivi de certains dossiers tels l'achat de matériel spécialisé (fait lors de la visite) ou la prévention et le contrôle des infections et de les actualiser.

Le leitmotiv de la direction est la sécurité et la qualité des soins et services et les soins centrés sur les personnes. Des actions ont été prises pour s'assurer que les résidents maintiennent leur autonomie le plus possible dans les limites de leurs déficiences. De bons coups ont été identifiés dans la dernière année dont l'embauche d'une consultante en vue de la visite d'agrément et un programme de pérennité pour la conformité des pratiques cliniques et organisationnelles requises. Plusieurs politiques ont été élaborées ou révisées dans les derniers mois, mais il est constaté sur le terrain que ces politiques ou procédures ne sont pas connues par le personnel. Nous proposons à l'équipe d'établir un plan de communication pour s'assurer que le personnel est informé des changements.

La mission, la vision et les valeurs sont élaborées et développées depuis plusieurs années par l'ancien directeur général. Ces éléments méritent une actualisation et une intégration dans une planification stratégique. Cette démarche de révision de ces concepts devrait se développer avec l'apport d'un résident ou de familles afin d'obtenir la voix des résidents.

Un des enjeux identifiés par le comité directeur est la communication au sein de l'organisation malgré le fait qu'elle soit petite. L'équipe est sensibilisée à ce défi et est consciente qu'elle doit trouver des stratégies concernant la diffusion de l'information sur les unités de soins. La mise sur pied de rencontres hebdomadaires avec le personnel clinique est déjà un pas dans la bonne direction.

En plus de la préparation à la visite d'agrément, un plan d'action a été déposé au MSSS comportant les obligations afin d'actualiser la démarche de conventionnement en 2023-2024 de la Maison des Aînés de St-Timothée Inc. Le plan d'action est en voie d'être complété en partenariat avec le CISSSMO. Un soutien étroit est fait depuis un an par la direction des soins infirmiers du CISSSMO, suite à une demande du MSSS, afin de supporter la direction dans la mise en place de stratégies pour assurer la

qualité et la sécurité des soins et services dispensés à la clientèle hébergée.

L'établissement est à l'écoute des résidents et des familles. Les gestionnaires sont disponibles afin de répondre à leurs besoins ou demandes. Un comité des résidents est présent, mais les activités sont très limitées depuis la pandémie. Le directeur général fait des efforts pour réactiver ledit comité et en plus, créer un comité de milieu de vie. Un sondage de satisfaction de la clientèle a été fait en mai dernier. Les résultats ne sont pas toujours diffusés. Nous encourageons l'établissement à mettre en place une structure pour obtenir les commentaires des résidents ou des proches dans les différents dossiers de l'établissement et de les impliquer dans les prises de décision.

Une planification annuelle des besoins en équipements médicaux est faite par le comité directeur à partir des besoins identifiés par les intervenants. Un programme d'utilisation optimale des fournitures, produits et équipements cliniques a été déposé lors de la visite. Nous encourageons l'équipe à en faire la diffusion auprès des intervenants dudit programme.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.2.14	Des politiques et des procédures pour la sélection et la négociation des services contractuels sont élaborées et mises en œuvre.	Priorité normale
1.2.21	L'organisation a tenu compte des résultats relatifs à l'évaluation de l'expérience vécue par les résidents.	Priorité élevée

## Modèles de prestation de soins

Le chapitre 2 porte sur l'évaluation de modèles de prestation de soins sécuritaires et fiables qui répondent aux besoins des établissements de soins de longue durée et reposent sur la mise en œuvre efficace, à l'échelle de l'équipe, du modèle de prestation de services de l'organisation et des politiques et pratiques qui la soutiennent. Les éléments communs de l'excellence dans la prestation de services comprennent un solide leadership d'équipe, des équipes compétentes et collaboratives, des systèmes de renseignements actualisés et des services de télésanté. Ces éléments appuient la prestation de services et les décisions, une évaluation et un suivi réguliers des processus et des résultats et une culture générale de sécurité et d'amélioration continue de la qualité.

### Évaluation du chapitre: 61.1% des critères sont conformes

38.9% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 4 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### Résultats de l'évaluation :

L'établissement a une offre de services dispensée par environ 85 employés dont la majorité est des préposés aux bénéficiaires. Le processus d'embauche est rigoureux, mais le contexte de pénurie de personnel entraîne des difficultés de recrutement. L'équipe travaille avec des agences de placement pour s'assurer d'une offre de services complète. Des ententes de services sont signées entre les deux parties pour s'assurer de la compétence des personnes engagées par les agences. Lors de l'embauche, le personnel signe un engagement à la confidentialité et au respect du code d'éthique. Des formations sont offertes au personnel grâce à la plateforme ENA qui facilite les apprentissages de façon virtuelle. Les formations offertes varient en fonction du titre d'emploi. Il est proposé d'avoir une politique pour la priorisation des besoins de formation et d'en établir des priorités. L'équipe nous a présenté une ébauche de cette politique à la suite de nos recommandations. Les profils de postes sont élaborés et la notion de qualité et de sécurité des soins et services est présente dans le descriptif de la fonction.

Chaque nouvel employé a un programme d'accueil et d'orientation structuré incluant un processus d'évaluation des apprentissages. L'évaluation au rendement n'est pas complète. Nous encourageons l'équipe à reprendre dès que possible, le processus d'évaluation au rendement. Plusieurs activités de reconnaissance sont proposées et appréciées par les employés. La conciliation travail-famille est privilégiée afin de rendre le personnel satisfait de leurs conditions de travail.

Les membres du personnel connaissent les personnes-ressources qu'elles peuvent contacter en cas de besoin. La collaboration avec la direction des soins infirmiers du CISSSMO particulièrement, est très présente.

Le personnel est dévoué et des marques de bienveillance et de respect ont été respectées. Une politique de tolérance zéro contre la maltraitance est en place.

Il faut noter la présence de participants atteints de déficience intellectuelle (plateau de travail) qui travaillent au sein de l'établissement sous la supervision d'un éducateur spécialisé. Une entente de collaboration est signée entre le CISSSMO et la Maison des Aînés pour l'accueil de ces personnes leur permettant de vivre une intégration positive et valorisante. Nous tenons à féliciter l'établissement pour cette belle initiative.

Un programme de pérennité pour la conformité des pratiques cliniques et organisationnelles requises est élaboré. Divers audits complètent le programme du tableau documentaire. Certains résultats sont disponibles, mais ils sont peu diffusés au personnel. L'établissement a intérêt à structurer un calendrier des audits, les diffuser et formaliser le tout dans une démarche d'amélioration.

L'équipe de la résidence Maison des Aînés de St-Timothée n'a pas l'infrastructure en place, tant professionnelle que technique, pour faire de la télésanté. La présence d'un médecin une demi-journée par semaine permet de répondre aux besoins médicaux urgents. En tout temps, un service de garde médicale (soir, nuit, fin de semaine) est disponible pour répondre aux demandes urgentes. De plus, la clientèle de la résidence atteinte majoritairement de problèmes cognitifs rend difficile la mise en place d'un service de télésanté efficace et efficient. L'établissement est encouragé à réfléchir sur la possibilité de développer la télésanté en tenant compte de leur réalité organisationnelle, de la notion de consentement du résident et de la confidentialité des données partagées.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.1	Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants.	Priorité normale
2.1.4	Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants.	Priorité normale
2.1.7	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	Priorité élevée
2.1.11	L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants, et des membres de l'équipe.	Priorité normale
2.1.12	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants.	Priorité élevée
2.1.17	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	Priorité élevée
2.1.18	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des résidents, des familles ou des proches aidants.	Priorité normale

## Gestion des situations d'urgence et des catastrophes

Le chapitre 3 porte sur l'évaluation de la planification et de la gestion des situations d'urgence, des catastrophes et des épidémies pour les établissements de soins de longue durée. Une urgence est une situation actuelle ou imminente constituant un danger d'une importance majeure et pouvant causer des préjudices sérieux à des personnes ou des dommages matériels importants. Elle peut découler de forces de la nature, d'une maladie (y compris les épidémies) ou d'autres risques à la santé, d'un accident, d'un acte intentionnel ou autre. Les thèmes abordés dans ce chapitre comprennent la mise à jour des plans de préparation aux catastrophes, aux situations d'urgence et aux épidémies, la formation appropriée offerte à la main-d'œuvre et aux résidents, l'engagement avec les partenaires communautaires et les plans de communication (internes et externes). L'évaluation des critères de gestion des situations d'urgence et des catastrophes s'applique à l'organisation, y compris à sa direction, à sa main-d'œuvre et à ses équipes de soins de soutien, et inclut les résidents, les proches ou les proches aidants.

### Évaluation du chapitre: 93.3% des critères sont conformes

6.7% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 5 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

Le plan des mesures d'urgence a été révisé en mai 2023 avec l'aide d'une firme externe, mandatée par la direction. Dans le cadre des travaux de la firme externe, une évaluation des risques présents dans la résidence a été effectuée. Des travaux pour la mise à niveau du système d'incendie sont en cours, à la suite de l'évaluation de la firme externe, et devraient se terminer prochainement. Lors de la formation du personnel en mai 2023 diffusée à plus de 50 personnes œuvrant au sein de l'établissement, tous titres d'emploi confondus, le personnel a été sensibilisé aux actions à prendre en cas d'incendie. Les rôles et les responsabilités des intervenants sont bien énoncés advenant une situation d'urgence, peu importe le moment de la journée. Le plan d'urgence prévoit les procédures pour l'évacuation de l'établissement. Des exercices de simulation devraient avoir lieu en janvier 2024, particulièrement pour la sécurité en cas d'incendie. Lors de ces formations planifiées, un rappel sera effectué sur les différents codes d'urgence dans l'établissement. Les codes de couleur d'urgence qui sont utilisés à l'interne sont les mêmes que ceux utilisés dans la région. À la suite de la formation planifiée pour janvier 2024, le directeur général mentionne qu'il fera une analyse et proposera des solutions, le cas échéant.

Des ententes de collaboration avec une résidence sont prévues advenant une catastrophe. Des liens ont été faits avec Hydro-Québec pour la priorisation en cas de panne de courant. Des contacts sont faits avec le préventionniste de la ville en cas de questionnement de la part de la direction. L'équipement de protection individuelle est disponible pour les intervenants, les proches et les familles en cas d'éclosion ou d'infections nécessitant un isolement ou des mesures additionnelles de prévention.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.2	Des exercices pratiques du plan de préparation en vue d'urgences ou de catastrophes ont lieu régulièrement.	Priorité élevée

## Prévention et contrôle des infections

Le chapitre 4 porte sur les pratiques de sécurité organisationnelle des établissements de soins de longue durée en matière de prévention et contrôle des infections (PCI). L'objectif de ce chapitre est de s'assurer que les personnes qui travaillent et qui reçoivent des services auprès de l'organisation restent en sécurité et en bonne santé. Cela au moyen de la prévention et de l'atténuation des risques et du contrôle de la transmission des agents pathogènes ou des infections. Les thèmes présentés comprennent la mise en place d'une équipe ayant une expertise dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections (PCI), la tenue à jour des documents (politiques et procédures), la mise en œuvre de pratiques normalisées (p. ex., hygiène des mains, équipement de protection individuel [EPI], nettoyage et désinfection de l'environnement, nettoyage de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux, gestion de la chaîne d'approvisionnement, gestion des épidémies, les activités de formation continue et l'amélioration continue de la qualité pour aider les organisations à atteindre leurs objectifs en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI). Cette section s'applique à l'organisation, y compris aux gestionnaires, aux autres membres de la main-d'œuvre et à ses équipes de soins de soutien.

### Évaluation du chapitre: 90.3% des critères sont conformes

9.7% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 6 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### Résultats de l'évaluation :

Nous félicitons la collaboration exceptionnelle avec le PCI du CISSSMO. Une conseillère en PCI du CISSSMO est disponible pour répondre et soutenir l'équipe de la Maison des Aînés de St-Timothé chaque fois que le besoin est présent.

Des audits et des suivis sur lieux sont également effectués par l'équipe du CISSSMO. Il y a des rencontres formelles toutes les 6 semaines entre l'équipe de la Maison des Aînés et le secteur de la PCI du CISSSMO. Cette dernière organise également des activités à multifacettes en prévention des infections pour l'établissement. Nous invitons l'équipe à poursuivre. Nous avons pu constater qu'un calendrier de rencontre est élaboré pour des réunions du comité de prévention et de contrôle des infections pour l'année 2023 et qu'elles devraient débuter dès novembre. Il serait intéressant d'y retrouver un membre de l'équipe du CISSSMO à l'occasion dans la composition du comité.

Un programme de prévention et de contrôle des infections est disponible, de même que les politiques et procédures qui y sont rattachées. Les activités de surveillance de formation, de gestion des éclosions y sont incluses. Après la visite de la PCI du CISSSMO, une communication aux équipes est faite de même qu'un compte rendu est réalisé par le responsable des soins infirmiers de la Maison des Aînés. Nous encourageons les équipes à poursuivre la collaboration dans cet esprit de partage de l'expertise et de maintien des compétences.

Des politiques ont été élaborées concernant la PCI au cours de la dernière année et nous encourageons l'établissement à poursuivre la diffusion, la communication et la formation auprès des équipes.

De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risque élevé et le personnel a accès à l'équipement de protection individuelle. Toutefois, nous invitons l'équipe à renforcer la diffusion de l'information auprès du personnel en provenance des agences.

Nous saluons le fait que l'établissement utilise son site internet pour diffuser de l'information aux familles, et ce, particulièrement lorsque des précautions de base et additionnelles sont requises dans l'établissement en raison d'infections nosocomiales. L'information est mise à jour et nous encourageons l'équipe à maintenir ce mode de communication et à diffuser son existence auprès des familles et des résidents.

Il existe une politique et une procédure sur l'élimination des objets pointus ou tranchants, mais actuellement elle est en révision donc non disponible aux équipes. Des appareils munis de dispositifs sécuritaires pour les objets pointus ou tranchants sont cependant disponibles.

La formation sur l'hygiène des mains est offerte et des audits sont complétés. Il y aurait lieu de procéder à l'affichage des résultats afin d'en informer les équipes et les familles qui accèdent à l'établissement.

Nous invitons l'équipe à s'assurer d'avoir un calendrier de nettoyage et de détection de l'environnement physique. La désinfection du matériel roulant se fait, mais pas à intervalles réguliers.

La buanderie demeure un secteur à prendre en considération. La désinfection et le nettoyage de la literie y sont réalisés dans un environnement qui mérite l'attention. La démarcation entre le souillé et le propre est imaginaire et le côté propre devrait être revisité. Le plafond renferme des tuiles souillées de manière importante et des trous au mur laissent à penser que l'accès à des matières étrangères peut être possible. Également, l'utilisation de l'eau javellisée du côté du souillé mérite une ventilation validée afin de s'assurer de la santé et de la sécurité du personnel qui y travaille. Le contenant ouvert près des laveuses laisse échapper des émanations qui doivent être inspectées.

Les infections nosocomiales doivent faire l'objet d'un suivi systématisé. Un tableau relatif aux éclosions se doit d'être disponible afin d'en faire l'analyse et de voir les recommandations de même que leur application.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.2	Des politiques et des procédures sont en place concernant la bonne façon d'utiliser l'équipement de protection individuelle.	Priorité normale
4.1.3	Des protocoles sont établis pour la manipulation sécuritaire du linge souillé.	Priorité normale
4.1.20	Les détergents, les solutions, les stérilisants et les désinfectants sélectionnés respectent les directives des fabricants, et ils sont compatibles avec les appareils et instruments nettoyés, désinfectés ou stérilisés ainsi qu'avec l'équipement et les processus de nettoyage, de désinfection ou de stérilisation.	Priorité normale

## Gestion des médicaments

Le chapitre 5 porte sur les pratiques de sécurité organisationnelle des établissements de soins de longue durée en matière de gestion des médicaments. Les thèmes abordés dans ce chapitre comprennent une approche collaborative envers la gestion des médicaments, des politiques et procédures actualisées et l'attribution des responsabilités en matière de prescription, de stockage, de préparation et d'administration des médicaments. Le bilan comparatif des médicaments est également abordé. Cette section s'applique à l'organisation, y compris à ses gestionnaires, aux autres membres de sa main-d'œuvre et à ses équipes de soins de soutien.

### Évaluation du chapitre: 90.3% des critères sont conformes

9.7% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 7 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

L'administration des médicaments est supportée par plusieurs politiques et procédures, dont la gestion des abréviations à ne pas utiliser, les médicaments d'alerte élevée, etc.

Les médicaments sont fournis par une pharmacie communautaire et les liens de collaboration sont bons.

Nous suggérons l'élaboration d'un calendrier de rencontre annuelle avec la pharmacienne communautaire dans l'optique de s'assurer que les meilleures pratiques sont présentes. Également, la collaboration de la pharmacie du CISSSMO peut-être un atout non négligeable dans la révision des politiques et les façons de faire.

Nous questionnons l'entreposage des médicaments lorsqu'ils ne sont plus utilisés ou cessés. Il y aurait lieu lors d'une discussion avec la pharmacienne communautaire de voir les options possibles d'amélioration de la sécurité du processus d'entreposage des médicaments avant qu'ils ne soient récupérés par le livreur de médicaments.

Le bilan comparatif des médicaments est à réviser et adapter à la réalité de la pharmacie communautaire et de la pratique médicale. Quel professionnel fait le BCM, et comment l'information est-elle acheminée afin de garantir le meilleur schéma thérapeutique possible au résident?

Nous nous interrogeons sur le fait que les infirmières n'ont pas toutes accès à la clé DSQ pour visualiser les prescriptions faites au moment de l'admission du résident. La validation de la médication via cet accès peut faciliter la concordance et la mise en place du MSTP.

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

<b>Numéro du critère</b>	<b>Description du critère</b>	<b>Type de critère</b>
5.1.20	L'inventaire des aires d'entreposage des médicaments est effectué régulièrement et comparé aux dossiers d'utilisation.	Priorité normale
5.1.22	Les membres de l'équipe participent à une séance d'orientation avant leur premier quart de travail et reçoivent une formation continue en fonction de leurs rôles et responsabilités en matière de gestion des médicaments dans leur champ de compétence.	Priorité élevée
5.1.50	Une procédure de gestion des retours de médicaments à la pharmacie est en place.	Priorité normale
5.1.56	Les incidents liés à la sécurité des résidents concernant les médicaments sont examinés et des critères établis sont utilisés pour hiérarchiser ceux qui feront l'objet d'une analyse plus approfondie.	Priorité élevée
5.1.59	L'organisme effectue une évaluation annuelle du système de gestion des médicaments.	Priorité normale
5.1.60	Les processus et les indicateurs de résultats liés à la gestion des médicaments font l'objet d'un suivi.	Priorité normale

## Expérience de soins des résidents

Le chapitre 6 se concentre sur les critères liés à l'expérience de soins d'un résident dans un établissement de soins de longue durée. Les thèmes abordés dans ce chapitre comprennent la création d'une équipe compétente en matière de prestation de soins et de services, équipe qui s'appuie sur l'approche de soins centrés sur la personne telle que définie par HSO. Ils comprennent aussi la prestation de soins sécuritaires et fiables répondant aux besoins des résidents et à la façon dont ils définissent leur qualité de vie. Le chapitre met l'accent sur l'importance des résidents et des proches aidants en tant que participants actifs aux soins et aux services dispensés. Les plans d'intervention individualisés se fondent sur les besoins et les objectifs des résidents, sur la prise de décision partagée et sur l'autogestion. De plus, ils s'appuient sur des principes éthiques de respect, de dignité, de confidentialité, de confiance et de consentement éclairé.

### Évaluation du chapitre: 88.5% des critères sont conformes

11.5% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 8 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### Résultats de l'évaluation :

#### Prestation de soins centrés sur les personnes :

Il est remarquable de voir à quel point le personnel a développé une approche respectueuse à l'égard des résidents. Le ton et l'attitude du personnel reflètent bien les valeurs mises de l'avant au sein de l'organisation. Le respect et la dignité des résidents sont bien présents. Les résidents rencontrés soulignent la qualité de la relation avec l'équipe soignante. Toutefois, ils notent le bruit assez important particulièrement en service de soirée qui fait en sorte que la quiétude des résidents peut en être perturbée.

La bonne communication de l'équipe avec les résidents est à souligner et à poursuivre. Les membres de l'équipe parlent avec les résidents et n'hésitent pas à discuter au besoin. Nous invitons l'établissement à encourager cette pratique qui peut distraire le résident et qui incite le personnel à être proactif dans ses interactions avec la clientèle.

Une pochette avec les différents services offerts est distribuée aux usagers et à leurs proches dès l'admission. À cette étape, l'équipe recueille de l'information sur les habitudes de vie du résident et s'assure de mettre en place les activités et les services nécessaires à sa condition. Le consentement éclairé est réalisé et documenté au dossier.

Un plan d'intervention individualisé est réalisé pour la plupart des résidents et il est intégré, dans la mesure où les différents professionnels y ont accès et peuvent le documenter. Toutefois, il ne semble pas présent dans tous les dossiers et nous invitons l'équipe à poursuivre sa réalisation. Il y aurait lieu également de préciser davantage les objectifs de soins pour l'année à venir de manière à pouvoir en assurer le suivi. À titre d'exemple, «maintenir la participation aux activités» ne nous apparaît pas être un objectif suffisamment détaillé permettant d'assurer un suivi.

Les niveaux de soins sont révisés chaque année. Toutefois, faute d'avoir suffisamment de médecins pour réaliser l'activité, le personnel infirmier questionne les proches/familles de manière régulière ou lorsque le besoin est présent afin d'avoir l'information la plus exacte possible quand au niveau de soins à mettre de l'avant si tel est le cas. Devant cette éventualité, nous invitons l'équipe à discuter avec le médecin et les professionnels du CISSSMO afin d'identifier des stratégies porteuses à cet égard.

Les activités de loisirs sont un enjeu. Une personne dédiée aux loisirs est en congé de paternité pour de nombreuses semaines et un PAB a accepté l'addition de 3 jours par quinzaine pour la réalisation de ce mandat ce qui apparaît nettement insuffisant.

#### **Fournir des services sécuritaires et efficaces :**

Des outils standardisés sont utilisés pour l'évaluation du risque de chute, et le suivi des plaies. Il serait de bon usage de clarifier et communiquer les moments de la réévaluation du risque de chute. Même si le contenu de la politique le précise, il peut arriver que l'information ne soit pas suffisamment comprise par l'équipe en place et que la réévaluation ne soit pas faite. Dans les dossiers consultés, nous n'avons pu retrouver cette information.

L'évaluation du risque suicidaire demeure à faire au moment de l'admission et à intervalles réguliers. Des pistes d'améliorations sont déjà en cours de réalisation et nous invitons l'équipe à poursuivre.

Un médecin est présent à raison d'une demi-journée par semaine. Il intègre les résidents dans sa propre clinique. Nous invitons l'équipe à documenter les cas référés en milieu hospitalier, à l'urgence sur tous les quarts de travail et à discuter des motifs afin de voir si les services médicaux sont suffisants pour combler les besoins de la résidence et identifier des stratégies gagnantes pour assurer les suivis médicaux des résidents. Également, le fait de ne faire voir par le médecin que les résidents qui présentent une condition particulière peut constituer un risque dans la continuité des suivis et des soins.

Le bilan comparatif des médicaments est à développer de manière à servir pour établir le meilleur schéma thérapeutique possible.

Le volet des soins de peau est à peaufiner et la formation des équipes doit se refléter dans cette optique. Les outils à cette fin sont standardisés, mais l'équipe comprend qu'elle doit maintenir ses connaissances à jour et a entrepris des démarches durant notre visite afin de combler ce besoin. Également, l'évaluation de l'efficacité des programmes de soins de plaies et des plaies de pression sera à faire.

L'évaluation de l'information aux points de transition reste à faire.

#### **Former une équipe compétente :**

Les équipes ont accès à la plateforme ENA pour parfaire la formation. Durant la dernière année, les professionnels ont eu accès à de multiples formations et ils ont pu réaliser cette activité tant à l'interne qu'en dehors de leur horaire de travail ce qui est encouragé par l'équipe de gestion.

Les registres de formations, de même que les attestations sont présentes et un suivi est assuré de manière rigoureuse par les gestionnaires en place. Certaines formations sont obligatoires et nous encourageons l'établissement à les maintenir.

D'autres seraient pertinentes à promouvoir. La formation sur le recours à la contention, la mobilité et le transfert de manière sécuritaire des résidents, la façon respectueuse et efficace de travailler avec les résidents, les familles ou les proches aidants dans un respect des diverses croyances et enfin les soins palliatifs ne sont que quelques-unes à ajouter à celles déjà pertinentes et essentielles.

Nous notons que les équipes sont peu familières avec les différentes politiques et procédures, probablement car elles ont été révisées dans le contexte postpandémie et particulièrement durant la dernière année. Nous encourageons les équipes de gestion à poursuivre les efforts afin de communiquer largement leur contenu auprès du personnel.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.3	L'organisme offre de la formation à l'équipe sur le recours minimal à des moyens de contention.	Priorité normale
6.1.4	L'organisme offre de la formation à l'équipe sur la mobilité et le transfert du résident en toute sécurité.	Priorité normale
6.1.5	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les résidents, les familles ou les proches aidants tout en respectant l'héritage culturel, les croyances religieuses et les besoins diversifiés en matière de soins.	Priorité normale
6.1.6	De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie des résidents.	Priorité élevée
6.3.2	Soins de la peau et des plaies	POR
6.3.2.3	Les résidents, les familles et les proches aidants reçoivent des renseignements et des séances pédagogiques sur les soins de la peau et des plaies auto-administrées, sous une forme qu'ils sont en mesure de comprendre.	
6.3.3	Prévention des plaies de pression	POR
6.3.3.4	Les membres de l'équipe, les résidents, les familles et les proches aidants suivent des séances pédagogiques sur les facteurs de risque ainsi que sur les protocoles et procédures pour prévenir les plaies de pression.	
6.3.12	L'équipe fournit aux résidents, aux familles ou aux proches aidants l'occasion de participer à des activités qui sont significatives, agréables, réalisables et importantes pour eux.	Priorité normale