ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport d’agrément

Qmentum Global[MC] pour les soins de longue durée

Groupe Roy Santé inc.

Rapport publié : 12/01/2026

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT PEUT CONTENIR DES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS ET PROTÉGÉS PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE D'AGRÉMENT CANADA ET DE SES CONCÉDANTS DE LICENCE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent Rapport d'agrément est fourni à l'Organisation pour certaines utilisations autorisées, telles qu'elles sont énoncées dans la partie du titulaire de licence du client sur la propriété intellectuelle de l'entente du programme Qmentum Global[MC] pour les soins de longue durée entre Agrément Canada et l'Organisation (l'«**Entente**»). Ce Rapport d'agrément est fourni à titre informatif seulement, ne constitue pas un conseil médical ou de soins de santé et est fourni strictement «tel quel» sans garantie ni condition d'aucune sorte.

Bien qu'Agrément Canada traitera les renseignements et les données de l'Organisation qui sont inclus dans 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. Agrément Canada sera libre de faire usage de ce Rapport une fois que l'Organisation l'aura divulgué à toute autre personne sur une base non confidentielle. Toute autre utilisation ou exploitation de ce Rapport par ou pour l'Organisation ou tout tiers est interdite sans l'autorisation écrite expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent Rapport d'agrément compromettra 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.

Copyright © Agrément Canada et ses concédants de licences, 2026. Tous droits réservés.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Table des matières

Confidentialité 2

À propos d'Agrément Canada 4

À propos du rapport d'agrément 4

Aperçu du programme 4

Sommaire 6

- À propos de l'organisation 6
- Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs 7
- Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence 8
- Soins centrés sur les personnes 9
- Aperçu de l'amélioration de la qualité 9

Statut d'agrément 10

- Installations évaluées dans le cadre du cycle d'agrément 10

Pratiques organisationnelles requises 11

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre 13

- Gouvernance et leadership 13
- Modèles de prestation de soins 16
- Gestion des situations d'urgence et des catastrophes 17
- Prévention et contrôle des infections 18
- Gestion des médicaments 20
- Expérience de soins des résidents 22

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

À propos d’Agrément Canada

Agrément Canada est un organisme mondial sans but lucratif ayant comme vision d’offrir des soins plus sécuritaires et de créer un monde plus sain. Ses programmes et services centrés sur la personne sont des références en matière de qualité à l’échelle de l’écosystème de santé depuis plus de 60 ans. L’organisme continue d’élargir sa portée et son influence. Agrément Canada habilite les organisations et permet à celles-ci de se conformer aux normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs adaptés aux besoins locaux. Les services et programmes d’évaluation d’Agrément Canada contribuent à la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans les systèmes de santé, les hôpitaux, les laboratoires et les centres de diagnostic, les établissements de soins de longue durée, les centres de réadaptation, les organisations de soins primaires, ainsi que dans les milieux de soins à domicile et communautaires. Ses programmes d’agrément et de certification spécialisés soutiennent la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité pour des populations, des problèmes de santé et des professions de santé précis.

À propos du rapport d’agrément

L’établissement mentionné dans le présent rapport d’agrément (l’«**Établissement**») participe au programme Qmentum Global[MC] pour les soins de longue durée d’Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l’Établissement a participé à des activités d’amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une évaluation sur place du 24 novembre 2025 au 27 novembre 2025. Le présent rapport d’agrément reflète les renseignements et les données de l’Établissement ainsi que les évaluations d’Agrément Canada à ces dates.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant des évaluations ainsi que d’autres données obtenues auprès de l’Établissement. Agrément Canada se fie à l’exactitude et à l’exhaustivité des renseignements fournis par l’Établissement pour planifier, mener l’évaluation sur place et produire ce rapport. Il incombe à l’Établissement de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influer sur son statut d’agrément.

Aperçu du programme

Le programme Qmentum Global[MC] pour soins de longue durée permet à votre établissement de soins de longue durée d’améliorer en continue la qualité des soins et services à travers une expérience de soins de haute qualité. Le programme fournit à votre établissement de soins de longue durée un manuel d’évaluation, des outils de sondages, des méthodes d’évaluation et un plan d’action, tous conçus pour promouvoir l’apprentissage et l’amélioration continus. Le programme offre également un modèle de soutien à la clientèle pour un soutien et des conseils continus de la part de conseillers dédiés.

Votre établissement de soins de longue durée participe à un cycle d’agrément de quatre ans permettant de répartir les activités d’agrément sur quatre ans tout en aidant votre établissement de soins de longue durée à concentrer ses efforts sur la planification, la mise en œuvre et l’évaluation de l’amélioration de la qualité. Ceci favorise l’intégration des activités d’agrément dans les pratiques quotidiennes.

Chaque année du cycle d’agrément comprend des activités que votre établissement de soins de longue durée doit effectuer. Agrément Canada offre un soutien continu à votre établissement de soins de longue durée tout au long du cycle. À la fin du cycle, le Comité d’approbation du type d’agrément (CATA) détermine le statut d’agrément de l’établissement de soins de longue durée en fonction des directives relatives à l’attribution de l’agrément du programme. Les résultats de l’évaluation et le statut d’agrément sont documentés dans un rapport final indiquant le statut d’agrément de votre établissement de soins de longue durée. Une fois qu’un statut d’agrément est établi, votre établissement de soins de longue durée entame la première année d’un nouveau cycle, s’appuyant sur les actions et les apprentissages des cycles d’agrément précédents, conformément aux principes d’amélioration continue de la qualité.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Le manuel d'évaluation (manuel d'Agrément Canada) à l'appui de toutes les méthodes d'évaluation (autoévaluation, attestation et évaluation sur place) est divisé en chapitres thématiques, comme indiqué ci-dessous. Pour favoriser l'alignement avec le manuel d'évaluation, les résultats de l'évaluation et les constats des visiteurs sont présentés par chapitre dans le rapport. Le contenu additionnel du rapport comprend un sommaire exécutif, le statut d'agrément accordé à l'établissement, les emplacements évalués lors de l'évaluation sur place, les résultats des pratiques organisationnelles requises et, enfin, une vue d'ensemble des soins centrés sur la personne et de l'amélioration de la qualité.

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

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Sommaire

À propos de l’organisation

Fondé en 1964, le Groupe Roy Santé est un CHSLD privé conventionné regroupant 2 centres : le CHSLD St-Georges, qui compte 260 lits, et le Centre Le Royer, avec 96 lits, pour un total de 356 lits. Le CHSLD St-Georges dessert la clientèle du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal, tandis que le Centre Le Royer accueille celle du CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal.

La mission du Groupe Roy Santé est d’accueillir les personnes âgées en perte d'autonomie et de leur offrir, en collaboration avec leurs proches, des soins et des services sécuritaires et de qualité, dans un milieu de vie chaleureux, stimulant et adapté à leur condition.

La vision du Groupe Roy Santé est de se démarquer par la qualité et la sécurité de ses milieux de vie, ainsi que par l’excellence des soins et services offerts à ses résidents. Elle s’articule autour de 4 axes majeurs : la qualité de vie des résidents, des soins et services sécuritaires et de qualité, le développement et la valorisation des talents du personnel, et l’adhésion au programme Qmentum d’Agrément Canada. L’Établissement préconise des valeurs de bienveillance, de collaboration, d’excellence et d’innovation.

La clientèle admise est en grande perte d'autonomie avec des problèmes complexes de santé physique ou de déficits cognitifs, avec ou sans comportements dysfonctionnels. Le CHSLD St-Georges se distingue par la présence d’un micromilieu pour des résidents qui présentent des comportements d’errance intrusive, et est adapté pour des résidents atteints de troubles neurocognitifs sévères (TNCS).

Le Groupe Roy Santé offre une gamme complète de services adaptés aux besoins de ses résidents : l'hébergement, des soins d’assistance et de soutien, des soins infirmiers ainsi que des services professionnels (médecins, pharmaciens, physiothérapie, ergothérapie, diététique, etc.). À cela s’ajoutent des activités de loisirs, des services de bénévolat et de pastorale. En 2024, le Groupe Roy Santé a reçu le prix « Reconnaissance » de l’Association des établissements privés conventionnés (AEPC) dans la catégorie « Excellence des soins et des services » pour son programme de zoothérapie.

Une politique en matière d’éthique clinique et organisationnelle et un cadre de référence en matière d’éthique sont implantés. Ils regroupent une démarche de réflexion pour les questions d’ordre éthique ainsi que plusieurs outils afin de favoriser la prise de décision basée sur des principes éthiques. On y retrouve une philosophie d’accompagnement, d’intervention et de gestion, ainsi qu'une grille de délibération éthique, des politiques et procédures sur les conflits d’intérêts et des lignes directrices sur la confidentialité. Les 3 types d’éthique, soit clinique, de gestion et de recherches, et leurs champs d’application respectifs y sont décrits. Ces outils sont complets et pertinents. Un comité d’éthique est constitué pour soutenir la réflexion éthique au sein des équipes de travail. Il coordonne la formation et la disponibilité des documents pour soutenir la réflexion et la décision éthiques. Il approuve aussi les projets de recherche pour lesquels le Groupe Roy Santé désire collaborer.

Les installations de l’établissement sont bien tenues et propres. L’établissement dispose de plusieurs moyens de sécurité pour ses résidents, dont des bracelets anti-fugues, des accès aux portes sécurisés par des codes et des cartes d’accès aux unités de vie et à l’entrée principale. Les espaces extérieurs sont sécurisés et des caméras sont actives à certains points névralgiques.

Dans le cadre de la Politique d’hébergement sur les soins et services de longue durée du MSSS, le Groupe Roy Santé a introduit le projet Connecto, une plateforme interactive qui vise à transformer l’expérience des résidents hébergés en CHSLD. Ce nouvel outil coordonne des équipements audiovisuels installés dans les aires de vie communes afin de créer des ambiances personnalisées qui contribuent au bien-être des personnes hébergées tout en donnant à des espaces communs une vocation de socialisation et de stimulation. S’est ajouté à cette plateforme le module Historio permettant la création dynamique de l’histoire de vie des résidents et même des employés. Les visiteurs soulignent la qualité et le caractère distinctif de ces initiatives.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Le Groupe Roy Santé est membre d'entreprise en santé depuis 2016. Il détient la certification « Élite » pour sa mise en valeur des pratiques professionnelles en milieu de travail.

Le Bulletin Résidents-Familles publié par l'établissement informe les résidents et leurs proches des projets réalisés, en cours et à venir.

Le programme Carrefour résidents et proches partenaires vise à intégrer les personnes hébergées et leurs proches dans la prise de décisions, la conception des services, et les priorités organisationnelles, en valorisant leur expertise.

L'établissement œuvre avec de nombreux partenaires dont les CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, du Centre-Sud et de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, ainsi que la Tablée des chefs, le service des incendies, des écoles et garderies locales, et plusieurs autres organismes. Plusieurs de ces partenaires ont souligné l'excellente collaboration et coopération avec le Groupe Roy Santé.

Commentaires de l'organisme

Depuis plus de 60 ans, le Groupe Roy Santé est une entreprise familiale qui gère 2 centres d'hébergement en soins de longue durée. Il répond aux besoins complexes des personnes en perte d'autonomie physique et psychologique. En collaboration avec les personnes hébergées et leurs proches, l'organisation assure une offre de soins et de services sécuritaire, de haute qualité et personnalisée selon les besoins, désirs, préférences et limites de chacun.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Les résidents du CHSLD St-Georges et du Centre Le Royer, ainsi que leurs familles et proches, décrivent leur milieu de vie comme accueillant et respectueux de leurs besoins. Ils soulignent le respect de leurs droits et de leur intimité, ainsi que la qualité des soins reçus et l'écoute attentive des équipes de soins et des professionnels. La majorité se dit satisfaite des repas, tout en exprimant le souhait d'avoir un 2e choix lors du service en salle à manger sur les unités de vie. Ils se déclarent également satisfaits de la sécurité, de la propreté des lieux et de l'offre de loisirs.

La gestion de l'établissement repose sur une approche axée sur la proximité des gestionnaires, ce qui, selon les résidents, leurs familles, leurs proches et les employés, favorise la communication et la résolution des problèmes. Les gestionnaires assurent une vigie constante en matière de qualité, de gestion des risques et de sécurité des soins et services. Les visiteurs ont pu constater à plusieurs reprises des interactions personnalisées entre les membres du comité de direction (CODIR), les gestionnaires de proximité et les résidents ainsi que leurs familles, témoignant d'un réel souci d'écoute et de proximité.

Conformément à la planification stratégique 2020-2025, la qualité et la sécurité constituent des piliers essentiels de la vision stratégique et opérationnelle de l'établissement. Les visiteurs soulignent que cet engagement reflète l'importance accordée aux enjeux de qualité et de sécurité au sein de l'organisation. Cette volonté d'amélioration continue se traduit par l'élaboration et le suivi rigoureux de divers plans d'action.

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité est au cœur des pratiques de l'établissement. L'évaluation des pratiques cliniques par des audits de qualité est bien intégrée et acceptée par les employés. Les résultats de ces audits servent de base à l'élaboration de mesures correctives et de plans d'action par différents comités. Ces mesures sont ensuite validées par les instances avant leur mise en œuvre dans les secteurs concernés.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence

Gouvernance et leadership

Un conseil d’administration (CA) assume les responsabilités corporatives du Groupe Roy Santé. Un directeur général s’assure de l’application de la mission, vision et valeurs organisationnelles préconisées par le CA par l’intermédiaire d’un comité de direction (CODIR). Les visiteurs ont constaté que les membres du CODIR sont innovateurs et très soucieux de la qualité et de la sécurité des résidents.

La planification stratégique 2020-2025, élaborée à partir d’une vaste consultation auprès de 460 employés et partenaires externes ainsi que de sondages réalisés auprès de 223 résidents et leurs représentants, s’inscrit dans la continuité de celle de 2015-2020. Les travaux préparatoires pour la planification 2025-2030 sont déjà bien avancés, et une fresque illustrant ce projet collectif est exposée dans l’atrium des 2 installations.

Un plan opérationnel annuel 2025-2026 complète la planification stratégique en s’appuyant sur 3 enjeux organisationnels majeurs et leurs objectifs respectifs.

Un plan de gestion intégrée de la qualité 2025-2026 est en vigueur, regroupant plusieurs projets organisationnels ou individuels liés à la qualité, à la gestion des risques et à la sécurité.

La consultation des procès-verbaux confirme qu'un comité de vigilance et de la qualité est actif et veille au respect des droits des usagers et à un traitement approprié de leurs plaintes, tout en s'assurant que l'organisation remplit ses responsabilités en matière de qualité et de sécurité des services.

Un plan intégré de sécurité et de gestion des risques 2025-2030 est en place, accompagné de plans d’action annuels pour chacun de ces volets. Un comité de gestion des risques assure également le suivi et la mise en œuvre des mesures.

Prévention et contrôle des infections

La prévention et le contrôle des infections (PCI) font l’objet d’un suivi rigoureux au sein du Groupe Roy Santé. Des audits réguliers évaluent différents aspects, tels que l’hygiène des mains, la salubrité et le nettoyage du matériel de soins. Les résultats sont analysés, communiqués à l’ensemble du personnel, et sont suivis de mesures d’amélioration rapide. Le nettoyage du matériel et des équipements respecte les normes établies. L’équipe d’hygiène et de salubrité applique des procédures claires et bien documentées.

Gestion des médicaments

Le processus de gestion du circuit du médicament a fait récemment l’objet d’une révision complète ayant mené à la rédaction d’une nouvelle politique de gestion des médicaments et de 34 procédures cliniques associées. Cet important travail de formalisation a été réalisé grâce à une collaboration interdisciplinaire entre les soins infirmiers, la pharmacie et le volet médical. Sur le plan clinique, chaque étape, de la prescription, la préparation, la distribution, l’administration de la médication jusqu’à la surveillance des effets, est appliquée avec rigueur selon les bonnes pratiques, bien connues et respectées par le personnel soignant. Les normes et obligations en matière de gestion des médicaments sont pleinement maîtrisées.

Expérience de soins des résidents

Le Groupe Roy Santé privilégie des soins et services personnalisés, offerts dans une approche chaleureuse et bienveillante auprès des personnes hébergées et de leurs proches, qui en témoignent positivement. Le milieu de vie est accueillant et adapté aux besoins individuels. Tout au long de leur parcours, les résidents et leurs proches sont accompagnés pour discuter des soins et services reçus. L’établissement veille à maintenir les compétences de son personnel, qui bénéficie de formations et de mises à jour régulières selon leur domaine d’expertise. À l’admission, et lorsque nécessaire, la sécurité de l’usager fait l’objet d’une évaluation rigoureuse et est bien documentée dans son dossier.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Soins centrés sur les personnes

Les résidents et leurs proches sont au cœur des priorités de l'organisation, et les soins centrés sur la personne se reflètent à plusieurs niveaux.

L'établissement recueille régulièrement leurs avis et commentaires, notamment lors des consultations pour la planification stratégique 2020-2025, dans le cadre du projet Histoire de vie, lors des travaux de construction, de décoration ou d'aménagement, pour l'expérience et l'offre des repas, l'organisation du travail, entre autres.

Des résidents partenaires participent activement à divers comités qui sont révisés annuellement : milieu de vie, coordination du programme de la qualité, santé environnementale, gestion des risques, et celui des résidents et usagers.

Un conseiller en milieu de vie, relevant de la direction générale, contribue aux décisions stratégiques afin d'intégrer de manière cohérente les initiatives liées à la qualité de vie. Il soutient notamment les comités des usagers et des résidents.

Aperçu de l'amélioration de la qualité

Le plan de gestion intégrée de la qualité 2025-2026 est en vigueur. Il comprend plusieurs projets organisationnels et des initiatives spécifiques d'amélioration de la qualité, ainsi que la réalisation et le suivi d'audits. Ce plan est structuré autour d'objectifs mesurables, d'actions, de livrables, d'échéanciers, de responsables et d'indicateurs de suivi, ce qui en fait un outil complet, rigoureux et pertinent.

Un comité de vigilance et de la qualité veille au respect des droits des usagers, au traitement rapide des plaintes, à la conformité de l'organisation en matière de qualité et de sécurité des services, assure le suivi des recommandations du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et du Protecteur du citoyen auprès du conseil d'administration, et coordonne les activités liées à la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Les procès-verbaux témoignent de discussions sur les rapports d'accidents, d'incidents et d'événements sentinelles, donnant lieu à des recommandations pertinentes.

Un comité du programme qualité, ayant pour mandat de promouvoir la qualité des soins et services dans la pratique quotidienne, est également actif. Il privilégie une approche transversale et participative et exerce une vigie sur les plans d'amélioration afin de maintenir une culture organisationnelle centrée sur l'excellence.

Enfin, des conseillers cliniques en soins infirmiers assurent le développement continu des pratiques, pilotent les programmes cliniques, actualisent les initiatives d'amélioration continue, la prévention et le contrôle des infections et la gestion des risques. Ils réalisent régulièrement des audits et des activités de suivi pour ces différents programmes.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Statut d’agrément

Le statut d’agrément de Groupe Roy Santé inc. est :

Agréé avec mention d’honneur

L’organisation atteint le plus haut niveau de résultats possible et fait preuve d'excellence dans sa conformité aux exigences du programme d'agrément. .

Installations évaluées dans le cadre du cycle d’agrément

Les installations suivantes ont été évaluées dans le cadre de l’évaluation sur place:

- CHSLD St-Georges
- Le Centre Le Royer

[1]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.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Pratiques organisationnelles requises

Les pratiques organisationnelles requises (POR/PSR) 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/PSR contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité.

Tableau 1. 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	Divulgation 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	3 / 3	100.0%
Gestion des médicaments	Sécurité liée aux narcotiques	2 / 2	100.0%

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Chapitre	Pratique organisationnelle requise	Nombre de critères conformes du test de conformité	Pourcentage de critères conformes du test de conformité
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	8 / 8	100.0%
Expérience de soins des résidents	Prévention des plaies de pression	5 / 5	100.0%
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	5 / 5	100.0%

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Résultats de l’évaluation divisés par chapitre

La section suivante comprend les résultats à la fin de l’évaluation sur place provenant de l’évaluation par attestation (le cas échéant) et des évaluations sur place.

Chapitre 1: 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: 100.0% des critères sont conformes

0.0% des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau 2 ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l’évaluation :

La planification stratégique 2020-2025 s’inscrit dans la continuité de celle de 2015-2020. Une politique spécifique a été élaborée et adoptée afin d’encadrer la démarche organisationnelle et sa mise en œuvre.

Elle définit la mission, la vision, les valeurs, ainsi que les philosophies de gestion fondées sur le respect, la reconnaissance, l’accompagnement et l’intervention (histoires de vie, besoins individuels, partenariat, interdisciplinarité). Une analyse des facteurs environnementaux internes et externes, incluant menaces et opportunités, a été réalisée. Parmi ces facteurs figurent : la médiatisation des soins, le multiculturalisme, la santé mentale, la réduction des durées de séjour, le recrutement, l’attraction et la rétention du personnel.

On identifie 3 enjeux prioritaires : la complexification des besoins des résidents et de leurs proches, la pénurie de la main-d’œuvre, ainsi que la communication et la cohérence. Des objectifs stratégiques, accompagnés d’indicateurs et de livrables, sont associés à chacun de ces enjeux. Conformément à l’orientation de l’enjeu numéro un, la qualité et la sécurité sont intégrées à la vision stratégique et opérationnelle de l’établissement. Les visiteurs ont souligné que cet engagement témoigne de l’importance accordée à ces dimensions au sein de l’organisation.

Les travaux préparatoires à la planification stratégique révisée 2025-2030 sont déjà bien avancés, assurant une continuité dans la démarche stratégique.

Le plan opérationnel annuel 2025-2026 vient compléter la planification stratégique 2020-2025. Il est structuré à partir des enjeux stratégiques organisationnels et de leurs objectifs stratégiques respectifs. Pour chacun de ces objectifs, des objectifs opérationnels spécifiques et mesurables ont été définis, précisant les responsables et collaborateurs, les échéanciers, le niveau d’avancement ainsi que les commentaires pertinents. Cette structure permet un suivi rigoureux et détaillé des engagements organisationnels, favorisant la cohérence entre la stratégie et les actions concrètes.

Le plan de gestion intégrée de la qualité 2025-2026 est en vigueur (PACQ). Il comprend des projets organisationnels tels que l’harmonisation des stations visuelles, le déploiement du projet OPUS-AP, la numérisation des dossiers cliniques grâce au projet Gustav, le programme Entreprise en santé, le projet BEST sur la prévention des risques psychosociaux, le plan de maintien des actifs, entre autres.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Il inclut également des initiatives spécifiques d'amélioration de la qualité, ainsi que la réalisation et le suivi d'audits sur les repas, les chutes, les plaies, l'hygiène et la salubrité, etc. Ce plan est structuré autour d'objectifs mesurables, d'actions, de livrables, d'échéanciers, de responsables et d'indicateurs de suivi, ce qui en fait un outil complet, rigoureux et pertinent. Cependant, l'établissement est invité à avoir une meilleure documentation du bilan, des suivis et des atteintes des résultats en fonction des actions du PACQ.

Un comité de vigilance et de la qualité veille au respect des droits des usagers, au traitement rapide des plaintes et à la conformité de l'organisation en matière de qualité et de sécurité des services. Il assure le suivi des recommandations du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et du Protecteur du citoyen auprès du conseil d'administration, et coordonne les activités liées à la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Les procès-verbaux témoignent de discussions sur les rapports d'accidents, d'incidents et d'événements sentinelles, donnant lieu à des recommandations pertinentes.

Un plan intégré de sécurité et de gestion des risques pour la période 2025-2030 est en place. Le volet sécurité vise à assurer la prévention des incidents, la qualité des soins et la bientraitance, tandis que le volet gestion des risques se concentre sur la prévention et l'atténuation des risques, notamment par une cartographie des risques potentiels. Chaque volet est accompagné d'un plan d'action annuel.

Le plan de sécurité comprend des objectifs clairs, des sources d'information sur les risques, des actions à mettre en œuvre, des modalités de suivi, des échéanciers, des responsables et un état de suivi ou bilan. Parmi les actions prévues, on retrouve des audits portant sur la gestion des chutes, les abréviations dangereuses, la prévention des plaies de pression, la prévention et le contrôle des infections (PCI) ainsi que la double identification.

Le plan de gestion des risques repose sur une méthodologie d'évaluation structurée en différentes catégories de facteurs de risque. Son plan d'action inclut les risques identifiés par l'établissement, les activités à réaliser, les responsables, les instances chargées du suivi, les indicateurs de résultats et un état de suivi ou bilan.

L'ensemble du plan intégré de sécurité et de gestion des risques 2025-2030 du Groupe Roy Santé se distingue par sa pertinence, sa structure rigoureuse et son caractère mesurable.

Un comité de gestion des risques, placé sous la responsabilité de la direction des soins infirmiers (DSI), est actif au sein de l'établissement. Son mandat consiste à développer et promouvoir des moyens visant à assurer la sécurité et le soutien des personnes, ainsi qu'à recommander des mesures pour réduire la fréquence des incidents et accidents. Le comité assure également le suivi de l'évolution des dossiers et événements liés à la sécurité des résidents.

Une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ainsi qu'un plan d'action sur la bientraitance sont en vigueur. Le climat de tolérance zéro en matière de maltraitance a été renforcé par l'adoption de cette politique, mais également par des activités de sensibilisation, des formations et des communications organisationnelles.

Par ailleurs, une politique sur la prévention de la violence en milieu de travail est appliquée. Elle s'inscrit dans le cadre du programme de civilité de l'établissement, visant à promouvoir un environnement sain, exempt d'abus ou de toute forme de violence.

Dans une perspective de sécurité, quelques constats ont été faits lors de la visite des installations du CHSLD St-Georges. Dans une cuisinette dont les accès sont sécurisés, un grille-pain était accessible depuis le corridor et à portée de main des résidents. Il a également été relevé que des aliments non identifiés et non datés étaient entreposés dans les réfrigérateurs de 2 cuisinettes. De plus, lors de la visite du service alimentaire, le plancher sous les cuisinières et fours au gaz utilisés pour la préparation des repas présentait des résidus d'aliments collés depuis un certain temps, indiquant un manque d'entretien.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Enfin, il a été également observé que des résidents du 1er étage présentant des comportements d'errance non invasive et ne portant pas de bracelet anti-fugue pouvaient accéder à unascenseur menant au rez-de-chaussée et éventuellement à l'extérieur de l'établissement. L'établissement a réagi rapidement en produisant une analyse de risque et des mesures de mitigation pour la clientèle errante, incluant l'identification des clientèles à risque, les facteurs de risque, une grille de comportement et l'évaluation du port de bracelet. Bien que le risque clinique soit pris en charge, l'établissement est invité à poursuivre sa réflexion sur le risque structurel et physique lié à cette situation.

Tableau 2. Critères non conformes en matière de gouvernance et leadership

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Chapitre 2: 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: 100.0% des critères sont conformes

0.0% 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 :

L'établissement offre régulièrement des activités de formation et de perfectionnement à ses employés. Ces formations couvrent notamment l'utilisation sécuritaire des équipements, la santé et la sécurité au travail, la gestion des risques, la déclaration des accidents et incidents ainsi que la prévention des chutes.

Un programme d'accueil et d'orientation complet est en place pour faciliter l'intégration des nouveaux employés. De plus, des profils de poste clairement définis précisent les rôles, responsabilités et champs de compétences, incluant des éléments relatifs à la qualité et à la sécurité des services.

L'établissement favorise également l'utilisation de la télésanté dans ses services. Cette pratique est encadrée par des politiques et procédures garantissant la confidentialité, le traitement sécuritaire des données et le consentement.

Tableau 3. Critères non conformes en matière de modèles de prestation de soins

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Chapitre 3: 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: 100.0% des critères sont conformes

0.0% 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 :

Des plans de mesures d’urgence distincts et adaptés aux caractéristiques de chacun des sites sont en place pour les 2 CHSLD du Groupe Roy Santé. Un comité de planification des mesures d’urgence est actif. Des brigades d’interventions sont formées pour tous les quarts de travail.

Les plans d’intervention couvrent les différents codes d’urgence (blanc, bleu, rouge, etc.). Ils sont mis à l’essai trimestriellement, et des exercices d’évacuation sont réalisés sur tous les quarts de travail au moins 2 fois par année. Le comité analyse les résultats de ces exercices et formule les recommandations appropriées.

De plus, les plans prévoient la continuité des activités pour divers scénarios, tels que les inondations, les coupures d’eau, les épisodes de chaleur accablante ou les fuites de gaz internes. Des ententes formelles avec des partenaires communautaires sont établies afin de permettre la relocalisation des résidents en cas de besoin.

L’établissement procède également à un exercice annuel de mobilisation visant à valider les numéros de téléphone et à évaluer le taux de réponse ainsi que le délai d’arrivée du personnel à différents moments de la semaine et de la journée. Cet exercice permet d’identifier les forces et les lacunes de la stratégie de rappel au travail.

Lors de la visite du CHSLD St-Georges, il a été observé que la liste des résidents en cas de mesures d’urgence, incluant les codes d’évacuation, n’était pas toujours conforme à celle disponible sur les unités de vie. Il a été convenu que cette liste devait être révisée quotidiennement afin d’assurer la fiabilité des informations en situation d’urgence.

Tableau 4. Critères non conformes en matière de gestion des situations d’urgence et des catastrophes

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Chapitre 4: 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: 100.0% des critères sont conformes

0.0% 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 :

La prévention et le contrôle des infections (PCI) font l'objet d'un suivi rigoureux par le Groupe Roy Santé. Des audits de qualité sont réalisés régulièrement, notamment sur les bonnes pratiques liées à l'hygiène des mains. Les résultats de ces audits sont diffusés à l'ensemble du personnel et font l'objet d'analyses approfondies. Ces analyses permettent de mettre en place rapidement des démarches d'amélioration continue. Par exemple, à la suite d'un constat de non-atteinte des cibles en matière d'hygiène des mains, une analyse collaborative avec les employés a conduit à l'ajout de distributeurs de gel antiseptique dans les unités de soins. De plus, de nouveaux rôles de préposées aux bénéficiaires coach et d'infirmières auxiliaires coach ont été créés afin de soutenir la réalisation et l'actualisation des audits PCI.

Les éclosions sont suivies attentivement et le personnel de soins est bien informé des signes et symptômes à surveiller. En cas de doute, le personnel peut consulter la conseillère clinique en PCI pour déterminer les mesures appropriées. Lorsqu'une éclosion est confirmée, les mécanismes et procédures sont appliqués selon la situation. Le personnel dispose des équipements de protection individuelle (EPI) nécessaires et des affiches peuvent être apposées pour rappeler les bonnes pratiques. Chaque membre du personnel, y compris le personnel de soutien en hygiène et salubrité, connaît son rôle et les actions à poser en cas d'éclosion.

Le nettoyage du matériel de soins, tel que les bassines, les urinoirs, et les chaises d'aisance, et des équipements, comme les fauteuils roulants, est effectué conformément aux normes. Le personnel s'assure de la propreté et de la vérification régulière du matériel. Les utilités souillées sont bien organisées et les espaces dédiés sont clairement identifiés.

L'équipe d'hygiène et de salubrité applique des procédures claires et bien documentées. Le personnel dispose d'outils de référence facilement accessibles. Les dosages des produits de désinfection sont automatisés pour les tâches quotidiennes. Un suivi rigoureux des processus est assuré par la gestion, et des audits de qualité sont réalisés, analysés et suivis.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Tableau 5. Critères non conformes en matière de prévention et de contrôle des infections

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Chapitre 5: 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: 100.0% des critères sont conformes

0.0% 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 :

Le processus de gestion du circuit du médicament a récemment fait l'objet d'une révision complète, menant à l'adoption d'une nouvelle politique de gestion des médicaments et de 34 procédures cliniques associées. Ce travail de formalisation a été réalisé grâce à une collaboration interdisciplinaire entre les soins infirmiers, la pharmacie et le volet médical. L'arrivée d'une pharmacienne au sein de l'établissement ouvre la voie à un suivi clinique accru et rapproché auprès de l'équipe de soins. Des travaux sont en cours pour préciser les rôles et responsabilités des différentes instances impliquées dans les services pharmaceutiques, renforçant ainsi la collaboration tant dans l'orientation des services que dans la dispensation des soins aux résidents.

Le comité pharmaco-nursing a récemment redéfini son mandat, qui consiste à assurer une vigie et un suivi des pratiques exemplaires, de la sécurité, des politiques et procédures, des normes et obligations, ainsi que de la déclaration et l'analyse des événements indésirables liés à la gestion des médicaments. Ce comité formule des recommandations au comité des médecins, dentistes et pharmaciens, l'instance responsable de la gestion des médicaments dans l'établissement.

Sur le plan clinique, chaque étape du circuit du médicament, de la prescription à la surveillance des effets, en passant par la préparation, la distribution et l'administration, fait l'objet d'une application rigoureuse des bonnes pratiques. Le personnel rencontré et observé connaît bien ces pratiques et utilise les outils appropriés, en veillant à documenter toutes les actions dans les dossiers et formulaires de suivi. L'établissement est encouragé à poursuivre la mise en œuvre du projet OPUS-AP.

Les pratiques organisationnelles requises concernant le circuit du médicament sont bien implantées et surveillées. La gestion des médicaments à alerte élevée ou nécessitant un suivi particulier est conforme aux normes. Le bilan comparatif de la médication est systématiquement réalisé à l'admission et lors des retours d'hospitalisation. Le personnel peut facilement consulter le pharmacien ou le médecin en cas de questionnement.

Les entrepôts de médicaments sont propres et bien organisés, avec une identification claire des produits. Les médicaments à retourner sont placés dans des contenants réservés, et de la documentation de référence est affichée pour soutenir les procédures.

L'établissement favorise la formation continue du personnel en matière de gestion des médicaments et assure un suivi pour maintenir les compétences. Des conseillères cliniques en soins infirmiers et des infirmières auxiliaires coach soutiennent leurs pairs dans la pratique. Des audits de qualité et des évaluations ponctuelles des compétences sont réalisés et suivis.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Tableau 6. Critères non conformes en matière de gestion des médicaments

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

Chapitre 6: 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: 100.0% des critères sont conformes

0.0% 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 :

Le Groupe Roy Santé privilégie une approche chaleureuse, humaine et bienveillante dans la prestation des soins et services aux personnes hébergées et à leurs proches. Cette philosophie se reflète dans les interactions quotidiennes observées dans le milieu de vie. Les résidents et leurs proches ont témoigné de la qualité des relations, soulignant l'écoute, la disponibilité et la convivialité des échanges.

Le milieu de vie est conçu pour être accueillant et personnalisé. On y retrouve des éléments favorisant l'identité et la reconnaissance, tels que des photos ou histoires de vie affichées sur les portes, des objets significatifs et des portes différenciées pour faciliter l'orientation des personnes présentant des troubles cognitifs. À l'intérieur des chambres, la décoration personnelle est encouragée. L'utilisation des « histoires de vie » contribue à humaniser l'environnement et à guider les interventions, en respectant la volonté de la personne hébergée. Ce concept s'inscrit dans la vision de l'établissement, car on y précise que « chaque histoire de vie se poursuit, se valorise et s'enrichit » dans le parcours d'hébergement de la personne.

Le comité des résidents constitue une instance active, consultée et impliquée dans divers dossiers concernant le milieu de vie. Ses membres ont exprimé leur satisfaction quant à la réceptivité et à l'agilité des responsables pour répondre à leurs préoccupations.

Dès la phase de préadmission, l'établissement s'assure de recueillir les informations pertinentes pour la planification des services. La personne admise et ses proches sont accompagnés tout au long du processus d'admission et d'hébergement. La famille est toujours bienvenue et incluse dans les décisions, dans le respect des volontés de la personne hébergée. À l'arrivée, un guide d'accueil est remis, incluant les droits et responsabilités des résidents et des proches, des informations sur le comité des résidents et l'accès au commissaire aux plaintes, ainsi que des dépliants sur les services offerts.

La sécurité de l'usager fait l'objet d'une évaluation systématique à l'admission et au besoin par la suite. Cette évaluation couvre divers risques (chutes, plaies, suicide, état psychologique) à l'aide d'outils validés et basés sur des données probantes. Les résultats sont documentés rigoureusement dans le dossier de l'usager. Toutefois, il a été observé au CHSLD St-Georges que les plans d'intervention, bien qu'élaborés en collaboration avec les résidents et leurs proches, ne sont pas toujours formalisés dans leur rédaction. Les liens entre besoins, objectifs et moyens, ainsi que l'identification des responsables, les échéanciers et le suivi, ne sont pas systématiquement inscrits. L'établissement est invité à rappeler les balises de rédaction des plans d'intervention afin d'assurer leur uniformité et leur conformité.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.

L’établissement veille au maintien des compétences de son personnel. Les employés ont accès à des formations et mises à jour adaptées à leurs fonctions. La plateforme « Académie Groupe Roy Santé » facilite l’accès aux formations obligatoires en ligne, dont l’achèvement est suivi par les gestionnaires afin de s’assurer que chaque employé complète les modules requis.

Tableau 7. Critères non conformes en matière d’expérience de soins des résidents

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

© 2026, Agrément Canada et ses concédants. Tous droits réservés.