

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

Cadre de référence pour gérer et accepter les risques chez les personnes hébergées en maisons des aînés et maisons alternatives

Mars 2024

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation de :

DPMI

- Isabelle Pinizotto
- Loqmann Dali

DSHAPPA

- Priscillia Taylor
- Éric Gagné
- Caroline Brooks
- Patricia Raymond

DPD

- Céline Lachance
- Josianne Foucault

DQEPE

- Marie-Hélène Francoeur
- Elisabeth Picard
- Simon Lemire
- Chahnèze Mezziani

À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2024-03-12.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	4
AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	6
1. CHAMPS D'APPLICATION	6
2. BUT ET OBJECTIFS.....	6
2.1 But du Cadre de référence	6
2.2 Objectifs	7
3. FONDEMENTS LÉGAUX.....	7
4. PRINCIPES DIRECTEURS.....	8
5. DÉFINITIONS ET MODALITÉS.....	8
5.1. Définitions.....	8
5.1.1. Déclaration des incidents-accidents.....	8
5.1.2. Modèle de gestion des risques en MDA MA.....	9
a. La prise de risques calculés.....	9
b. La dignité du risque.....	9
5.1.3. Processus de gestion des risques.....	9
5.2. Modalités.....	10
a. Lors de l'accueil, par l'intervenant pivot.....	10
b. Lors de la réévaluation, par l'intervenant pivot.....	10
c. Au quotidien.....	11
5.2.1. Catégorisation des risques.....	11
5.2.2. Gestion du refus.....	11
5.2.3. Gestion des événements indésirables.....	12
a. Les événements indésirables à déclarer en MDA MA.....	12
b. Les événements indésirables à ne pas déclarer en MDA MA.....	13
c. Les événements répétitifs (chutes, automutilations, fugues).....	13
d. Les agressions.....	14
e. La divulgation.....	15
6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS	15
7. MISE EN ŒUVRE	15
CONCLUSION.....	16
8. LISTES DES ANNEXES	16
9. RÉFÉRENCES	17

Liste des abréviations et des acronymes

APPR	Agent de Planification, Programmation et Recherche
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
DNSSI	Direction nationale des soins et services infirmiers
DQEPE	Direction de la Qualité, de l'Évaluation, de la Performance et de l'Éthique
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
LSSSS	Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux, RLRQ c S-4.2
MDA-MA	Maisons des aînés et maisons alternatives
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PHSSLD	Politique d'hébergement des soins et services de longue durée
PPA	Personnes proches aidantes
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RSSS	Réseau Santé et des Services Sociaux
TES	Le technicien en éducation spécialisée
TRP	Technicien en réadaptation physique

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest emploie près de 11 000 personnes et 560¹ médecins à travers plus de 120 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux, consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

¹ Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

La Maison des aînés et maison alternative (MDA MA) est un nouveau type d'hébergement qui est axé sur la qualité de vie et conçu pour que la personne hébergée reste active et se sente comme à la maison tout en recevant des services et des soins plus adaptés à son profil et à ses besoins. C'est ce qui est appelé un environnement normalisant.

La MDA MA est composée de maisonnées dont la plupart accueillent des aînés en perte d'autonomie et certaines accueillent des adultes ayant une déficience physique ou intellectuelle et/ou un trouble du spectre de l'autisme. Toutes les chambres des maisonnées sont des chambres individuelles. C'est un milieu où :

« le respect des droits et libertés sans égard à l'âge, au genre, à l'orientation sexuelle, à la situation sociale, à la religion ou à l'origine, notamment pour les communautés ethnoculturelles et des Premières Nations et Inuits, sont au cœur du projet » tel que décrit par le MSSS dans le document *À propos des MDA MA*.

La MDA-MA est un établissement de santé et de services sociaux qui est soumis aux obligations légales, au même titre qu'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), lors de la prestation sécuritaire des soins et des services. Ce cadre de référence a été mis sur pied, afin d'assurer la sécurité de la personne hébergée et prévenir l'apparition et la fréquence des incidents et des accidents et en contrôler la récurrence, sachant que le risque zéro n'existe pas, conformément à l'article 183.1 de la LSSSS.

Ce cadre de référence est destiné exclusivement aux prestataires de services de la MDA MA, afin de faciliter son appropriation, plusieurs points y sont traités. On y trouve notamment à la section 3 les fondements légaux, les articles de la LSSSS qui précisent les obligations de gouvernance des établissements de santé et de services sociaux, dont fait partie la MDA MA. À la section 4, les principes directeurs avec le changement de paradigme en MDA MA. La section 5, une description de la notion de la gestion de risques en MDA MA, les modalités, ainsi que la catégorisation des risques. Dans la même section, seront traités les sujets sur la gestion du refus de la personne hébergée et une description de la gestion des événements indésirables à déclarer et à ne pas déclarer, ainsi que les événements répétitifs, les agressions et l'importance de faire la divulgation.

1. Champs d'application

Ce cadre de référence s'adresse à tous les prestataires de services (autant clinique que de soutien) qui travaillent au sein de la MDA MA. Il est basé sur les publications du MSSS :

- *Approches en gestion intégrée des risques et en prévention et contrôle des infections; applicables au concept des maisons des aînés et des maisons alternatives.*
- *Des milieux de vie qui nous ressemblent – Le gouvernement présente la Politique d'hébergement des soins et services de longue durée.*
- *Déclaration des incidents et des accidents – Lignes directrices.*

2. But et objectifs

2.1. But du Cadre de référence

Le but de ce cadre de référence est d'en faire un outil flexible et facile d'utilisation, afin d'éclairer et de guider tous les prestataires de services qui accompagnent les personnes hébergées au sein de la MDA-MA ainsi que d'assurer une harmonisation dans la gestion des incidents, des accidents et de tout événement indésirable qui toucherait la personne hébergée.

2.2. Objectifs

- Assurer l'actualisation de bonnes pratiques en matière de gestion de risques;
- Soutenir l'autodétermination;
- Se doter d'une vision commune pour une gestion efficace et efficiente des événements indésirables;
- Tolérer et encadrer la présence de certains risques;
- Adapter le processus de gestion de risques à la MDA MA (déclaration des incidents et des accidents), afin de concilier qualité de vie et sécurité de la personne hébergée tout en prenant en considération le risque calculé et la dignité du risque;
- Permettre à la personne hébergée d'exercer son droit de participer aux décisions qui la concernent, relatives aux soins ou autre : prise de décision partagée;
- Agir avec bientraitance pour le bien-être et le respect de la dignité de la personne hébergée.

3. Fondements légaux

La qualité de vie et celle des soins et services dispensés aux personnes hébergées, de même que leur sécurité et leur bien-être, sont considérés comme une priorité à la MDA MA.

Au même titre que les CHSLD, les MDA MA sont soumises aux obligations légales, lors de la prestation sécuritaire de soins et services, conformément à l'article 83 al 1 et 2 de la LSSSS :

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations.

Plusieurs articles de la LSSSS précisent les obligations de gouvernance des établissements de santé et de services sociaux, en ce qui concerne les droits des usagers quand ils sont en prestation de service.

Parmi les 12 droits reconnus dont bénéficient les usagers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), on y trouve notamment :

- La prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (art. 8 al 2);
- Le droit de consentir aux soins ou de les refuser (art. 8 et 9);
- Le droit au respect et à la dignité (art. 3(2) et 3 (3)) : *le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit et l'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;*
- Le droit de participer à toute décision affectant son état de santé et de bien-être (art. 3(4) et 10);

- Le mécanisme de déclaration des incidents et des accidents, vu son importance et son rôle dans l'amélioration de la sécurité des soins et des services aux usagers, conformément à l'article 233.1 de la LSSS) :

Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l'utilisateur.

Le directeur général de l'établissement ou, à défaut, la personne qu'il désigne rapporte, sous forme non nominative, à l'agence, selon une fréquence convenue ou lorsque celle-ci le requiert, les incidents ou accidents déclarés.

- La divulgation des accidents est un droit pour l'utilisateur et une obligation pour l'établissement (art. 235.1).

4. Principes directeurs

En plus du Principe directeur initial « le changement de paradigme en gestion des risques », les MDA MA mettent de l'avant les principes directeurs énoncés dans la politique d'hébergement et de soins et services de longue durée (PHSSLD), entre autres :

- Respecter la dignité de la personne;
- Permettre l'exercice des droits de la personne et soutenir son autodétermination;
- Actualiser l'approche de partenariat entre la personne hébergée, les proches et les acteurs du système de santé et de services sociaux;
- Viser le mieux-être de la personne hébergée car la qualité de vie passe en premier;
- Personnaliser les soins, les services et le milieu de vie de la personne;
- Promouvoir et actualiser la bientraitance.

5. Définitions et modalités

5.1. Définitions

Avec le changement de paradigme, deux approches de gestion de risques sont à considérer : la déclaration des incidents-accidents et le modèle de gestion des risques en MDA MA.

5.1.1. Déclaration des incidents-accidents

Elle permet la mise en place de mesures pour répondre aux obligations de la loi (art. 8 de la LSSS). C'est une approche non punitive qui permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services fournis aux personnes hébergées en évitant la récurrence des événements. Elle vise à produire des déclarations, les analyser, les divulguer à la personne hébergée et ses proches, à mettre en place les mesures visant à prévenir la récurrence des incidents et accident et à apporter un soutien aux personnes hébergées et leurs proches.

Selon la PHSSLD,

« Les proches sont tous ceux et celles qui font partie de l'entourage d'une personne et avec qui elle entretient un lien, qu'il soit de parenté, de filiation ou non. Il peut s'agir d'une relation amicale, de voisinage, de travail, de couple avec ou sans statut juridique, familial, etc. Ainsi, le lien qui les unit, la nature de la relation et la fréquence des contacts sont diversifiés. Parmi ces proches, certains assumeront un rôle et des responsabilités particulières, par exemple à titre de représentant légal d'une personne déclarée inapte. »

5.1.2. Modèle de gestion des risques en MDA MA

a) La prise de risques calculés

Avec la venue de ce nouveau concept d'hébergement qui n'est pas exempt de risques possibles, il demeure qu'il faut préserver la sécurité de la personne hébergée tout en tenant compte de ses valeurs, de ses besoins et de ses préférences. La prise de risques calculés a donc été mise de l'avant.

La gestion de risques calculés est réalisée en faisant la distinction entre la possibilité ou la probabilité qu'un événement puisse survenir et la certitude qu'un événement surviendra. Cette dernière doit se faire en concert avec toutes les parties prenantes et doit entraîner un changement de vision et une certaine tolérance de risques de la part de tous les prestataires de services des MDA MA.

b) La dignité du risque

Le concept de dignité du risque est défini comme suit (Traduction libre) :

« Considérant que la dignité d'un individu se manifeste par son habileté à être autonome et qu'être autonome engendre la prise de risques, le fait d'empêcher la prise de risque individuel affecte nécessairement la dignité. La dignité du risque repose sur le principe de permettre à un individu la dignité accordée par la prise de risque ayant comme finalité une amélioration de sa croissance personnelle et de sa qualité de vie ». (Ibrahim et Davis, 2014, p.189)

Selon la PHSSLD, la dignité pour les personnes vivant en hébergement permet la prise de risque (une liberté reconnue et permise), pourvu que ce risque :

- Soit le résultat d'un consentement libre et éclairé ou d'un consentement substitué pour un majeur inapte;
- Soit empreint de sens pour la personne hébergée, ses proches (lorsque pertinent) et son milieu socioculturel d'appartenance (l'importance de réaliser l'activité par rapport au risque que représente cette activité);
- N'entraîne pas de conséquence néfaste pour les autres.

5.1.3. Processus de gestion des risques

Les MDA MA ne sont pas exemptes de risques. La présence de risques doit être minimisée afin d'assurer la sécurité de la personne hébergée, mais sans pour autant tenter de l'éliminer à tout prix. Les prestataires de services et les proches doivent parfois tolérer une situation à risque et accepter de composer avec certains risques qui sont moindres que les contraintes que cette situation impose à la personne concernée. Il faut toujours se questionner sur ce que ferait la personne hébergée si elle était à son domicile et ce qui serait considérée comme acceptable pour elle et ses proches.

Voici les différentes étapes du processus de gestion des risques qui sont à respecter en tout temps par les professionnel(le)s, selon les lignes ministérielles. (Voir tableau détaillé en annexe A) :

- Évaluation du contexte;
- Identification, analyse et évaluation du risque;
- Consultation des parties prenantes concernées (personne hébergée, proches, représentant légal et équipe interdisciplinaire);
- Communication des risques aux parties prenantes (personne hébergée et ses proches), de manière transparente et en permettant le dialogue;
- Décision;
- Mise en œuvre, suivi et révision selon les besoins.

5.2. Modalités

Afin d'établir le seuil de tolérance aux risques de la personne hébergée, de ses proches, de son représentant et de l'établissement, et pour une meilleure compréhension, application et réussite du processus de gestion de risques, la collaboration entre les différentes parties prenantes est nécessaire. La sécurité sera toujours assurée au sein de l'établissement, malgré le fait que la personne hébergée accepte la prise de risque ou pas (Ex: refus d'utiliser la marchette malgré les chutes multiples et récurrentes). Dès l'admission à la MDA MA et tout au long du séjour, plusieurs éléments sont à considérer, et ce, toujours en présence de la personne hébergée :

a) Lors de l'accueil, par l'intervenant pivot :

- Expliquer les approches générales à l'admission;
- Présenter l'ensemble des risques que représente un environnement normalisant;
- Toujours demander d'abord à la personne hébergée d'exprimer ses souhaits et dans l'incapacité de le faire, obtenir l'accord de son représentant légal (se référer à la *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*);
- Définir un seuil d'acceptation du risque avec la personne hébergée et ses proches; (voir point 5.2.1 et annexe B);
- Définir le plus tôt possible le plan d'intervention (voir le *Programme d'hébergement en MDA-MA*, à venir), la modalité et la fréquence de communication.

b) Lors de la réévaluation du niveau de risque, par l'intervenant pivot :

- Réévaluer en MDA 4 à 6 semaines après l'admission puis annuellement, ou lorsque la situation le requiert;
- Réévaluer en MA trimestriellement, ou lorsque la situation le requiert;
- Signaler les changements observés et collaborer à l'évaluation; tous les prestataires de service doivent y contribuer;
- Réévaluer les risques lors de l'intégration de nouveaux soins ou activité ciblée et selon l'impact sur la personne hébergée;

- Consigner la discussion dans les notes professionnelles;
- Demander de l'aide au comité éthique au besoin.

c) Au quotidien :

- Documenter au dossier tout refus afin d'en avoir la traçabilité (par exemple : lors des repas, hygiène ou administration de la médication).

5.2.1. Catégorisation des risques

La hiérarchisation du risque devient essentielle afin de déterminer l'acceptabilité d'un refus et d'un risque. Par contre, une situation peut présenter un risque pour une personne hébergée, mais pas pour une autre. L'évaluation du niveau de perception de risque devient alors essentielle (voir l'annexe I).

Voici les trois catégories de risques :

Risques acceptables : Aucune intervention n'est requise lors de risques faibles, mais la MDA MA pourrait mettre en place des interventions pour s'assurer que le risque demeure faible.

Exemples :

- Manipulation d'objets présents dans l'environnement
- Accès libre au réfrigérateur
- Visite d'enfants en bas âge

Risques tolérables : Des interventions et mesures jugées raisonnables doivent être mises en place par la MDA MA. L'idée est de rendre le risque acceptable en diminuant ou remplaçant les sources de risques.

Exemples :

- Présence d'animaux dans la chambre du résident ou dans les aires communes
- Activité de préparation de collations par les résidents ou par un membre de la famille

Risques intolérables : La MDA MA doit éliminer ou remplacer la source de risque car celle-ci n'est pas acceptable.

Exemples :

- Libre accès à la cafetière ou aux ustensiles pour une personne hébergée qui est désorganisée ou dangereuse pour elle-même ou autrui
- Partage de médicaments ou autres substances entre les personnes hébergées

5.2.2. Gestion du refus

La gestion du refus pose des défis pour les prestataires de services qui doit être en mesure de trouver un équilibre entre le respect de la décision de la personne hébergée et la nécessité de la protéger pour préserver sa santé et sa sécurité.

Certains refus font partie des risques acceptables dont il faut discuter avec la personne hébergée, son représentant, ses proches et l'équipe soignante. Il importe toutefois, de bien noter ces situations au dossier, histoire d'en avoir la traçabilité.

La gestion de refus c'est :

- Le respect de la volonté de la personne hébergée et les raisons du refus;

- La compréhension des raisons du refus (anxiété, besoins non comblés, activités en cours, fin de vie);
- La compréhension de la récurrence des refus;
- D'offrir une alternative pour pallier au refus;
- D'appliquer une approche adaptée selon le profil de la personne hébergée.

5.2.3. Gestion des événements indésirables

a. Les événements indésirables à déclarer en MDA MA

Plusieurs situations peuvent entraîner la survenue d'un événement indésirable en MDA MA, puisqu'il y a lieu de personnaliser les soins et les services en fonction des besoins individuels des personnes hébergées. De plus, les personnes hébergées circulent librement dans les espaces partagées de ce milieu normalisant qui s'apparente au domicile, ce qui pourrait plus facilement mener à des événements indésirables.

Les MDA MA sont donc soumises aux obligations légales, lors de la prestation sécuritaire de soins et services, au même titre qu'un CHSLD (conformément à l'art. 83 de la LSSSS). Cela comprend :

- L'obligation de déclaration des incidents et des accidents, AH-223-1;
- L'obligation de verser au registre national des incidents et des accidents (Système d'information sur la sécurité des soins et des services [SISSS]) les données déclarées;
- L'obligation rattachée à la divulgation des accidents.

Ces prestations débutent dès l'admission de la personne hébergée jusqu'à son départ ou transfert vers une autre ressource ou installation et sont interrompues lors de sorties temporaires non supervisées par l'établissement.

La personne hébergée et ses proches doivent être avisés que certaines situations indésirables pourraient survenir en MDA MA et que le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) les encourage à les rapporter afin que ceux-ci soient déclarés. L'employé procède à la déclaration de l'événement et devra alors inscrire à la section 3 du formulaire AH-223-1 que l'événement lui a été rapporté par un usager ou un proche, à condition que l'usager ou le proche ne souffre pas de troubles cognitifs pouvant altérer son jugement de la situation (il est bien orienté dans les trois sphères : personnelle, spatiale et temporelle), que la relation entre les faits est cohérente et plausible et que la séquence de l'événement peut être facilement établie.

Les éléments à déclarer, dans le formulaire AH-223-1 en MDA MA sont les mêmes types d'événements indésirables que ceux qui sont déclarés dans les autres établissements : (au besoin, consulter la *Procédure de déclaration et d'analyse des incidents et des accidents-usagers et de gestion des événements sentinelles*).

- Chutes, quasi-chutes;
- Erreurs de médicament/traitement-intervention/diète;
- Erreurs de tests diagnostiques (laboratoire);
- Problèmes de matériel, d'équipement, de bâtiment ou d'effets personnels;
- Problèmes d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation;
- Autres types d'événements : fugue/disparition, tentative de suicide, problème lié aux mesures de contrôle, blessure d'origine inconnue, plaie de pression, etc.

L'événement à déclarer entraîne un questionnement logique (la prise de certains risques calculés), c'est à dire est-ce que l'événement est :

- Indésirable, inattendu et non prévisible;
- Évitable, relié à un processus défaillant de l'établissement pour une durée délimitée (prestation de soins ou de services).

b. Les événements indésirables à ne pas déclarer

Les événements indésirables qui surviendraient dans les situations suivantes, ne sont pas à déclarer :

- Les situations qui sont inhérentes à la condition de la personne hébergée : situations où le diagnostic ou encore l'évolution de l'état de l'usager sont à l'origine d'événements indésirables, lesquels ne sont pas directement reliés à la prestation de soins et de services et non à un processus défaillant de l'établissement;
- Lors d'une sortie à l'extérieur du terrain de la MDA MA et dont les causes n'impliquent pas les processus de l'établissement;
- Lorsque les circonstances ou conséquences d'un événement s'apparentent à ce qui est connu pour la personne hébergée, ces situations sont qualifiées de « répétitives » et ne doivent pas être déclarées.
- Lors d'une activité supervisée, exemple : si une personne hébergée « se blessait involontairement de façon superficielle avec un ustensile lors de la préparation d'une collation, pendant une activité supervisée, il ne s'agirait pas d'un événement indésirable à déclarer ».

Quoique ces événements ne sont pas à déclarer, cela ne veut pas dire que la personne hébergée ou ses proches ne devraient pas en être informés, le cas échéant.

c. Les événements répétitifs (chutes, automutilations, fugues)

Ces événements sont souvent reliés à la condition de la personne hébergée et sont souvent à l'origine de conséquences plus ou moins graves. La description des événements répétitifs précisée par les lignes directrices du MSSS s'applique en MDA MA.

Pour éviter de faire une déclaration à chaque fois que survient un événement, il faut :

- Réaliser une évaluation préalable du risque, mise à jour en fonction de l'évolution de l'état de la personne hébergée;
- Élaborer un plan d'intervention en fonction de ce risque, qui inclut des mesures de prévention et des adaptations; ce plan devrait être réalisé en partenariat avec la personne hébergée et ses proches;
- Rédiger des notes au dossier sur les circonstances qui ont justifié l'application du plan d'intervention et sur ses effets;
- Réviser fréquemment l'évaluation du risque et les mesures applicables.

La déclaration demeure cependant obligatoire lorsque :

- Le plan d'intervention n'est pas appliqué ou respecté;

- Les conséquences sont différentes de celles qui découlent habituellement de ce type d'événement ou sont plus graves.

En **MDA MA**, lors d'événements répétitifs, il faut :

- S'assurer que le plan d'intervention est toujours adéquat et impliquer la personne hébergée et ses proches s'il doit être révisé;
- Faire participer la personne hébergée et ses proches à la réévaluation des risques et revoir les conséquences possibles;
- Déterminer avec la personne hébergée et ses proches la manière (courriel ou appel téléphonique) de les tenir avisé des événements; voir s'ils souhaitent en être avisé chaque fois qu'une conséquence survient ou chaque fois que l'événement génère une conséquence plus grave ou différente que celle attendue;
- Noter au dossier de la personne hébergée le résultat des échanges réalisés avec celle-ci et ses proches.

En ce qui a trait aux événements de type chute, il est possible de dire qu'il s'agit d'événements répétitifs si la personne chute au moins 1 fois par semaine et à condition qu'elle soit hébergée depuis au moins 60 jours.

d. Les agressions

« Une agression désigne un comportement, ou opposition, avec force et hostilité. Elle peut survenir avec ou sans provocation. » (Selon : AH-223-1, Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident).

Comme les personnes hébergées à la MDA MA peuvent circuler librement, Ils peuvent donc être en relation avec une autre personne hébergée qui pourrait avoir des comportements agressifs. La personne hébergée et ses proches doivent être avisés de cette possibilité.

En **MA**, les critères d'admissibilité excluent les personnes ayant des troubles graves de comportement. Les situations d'agression y sont tout de même possibles*.

Les agressions physiques par exemple représentent un des types de maltraitance. Il y a aussi la maltraitance psychologique, sexuelle, matérielle ou financière, organisationnelle, l'âgisme et la violation des droits. Les situations de maltraitance **doivent obligatoirement être signalées au bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services** pour toutes les personnes hébergées, qu'elles soient aptes ou non (au besoin, se référer à la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, RLRQ, c. L-6.3*).

L'équipe interdisciplinaire, quant à elle, demeure responsable de la gestion des situations d'agression, sans oublier qu'ils doivent faire l'objet d'une déclaration d'accident.

e. La divulgation

En vertu de la LSSSS, la divulgation des accidents est un droit pour l'usager et une obligation pour l'établissement. Elle témoigne d'une ouverture et de beaucoup de transparence dans la prestation sécuritaire des soins et des services. Elle doit être faite, à la personne hébergée, le plus tôt possible après l'événement ou dès que son état le permet. En cas d'inaptitude, la divulgation sera faite au représentant légal et consignée au dossier.

La divulgation des accidents s'applique lorsqu'un accident est survenu et qu'il est susceptible d'entraîner ou a entraîné des conséquences (gravité D et plus) (PRO-10045 *Procédure de déclaration et d'analyse des incidents et des accidents - usagers et de gestion des événements sentinelles*). La divulgation réalisée doit être spécifiée à la section 13 du formulaire AH-223-1.

Lorsque la personne hébergée n'a subi aucune conséquence, la divulgation de l'accident devient facultative. Quand elle est réalisée, elle augmente la confiance entre la personne hébergée, les proches et l'équipe interdisciplinaire (Se référer au *Guide de divulgation des accidents*).

6. Rôles et responsabilités

La gestion des risques est l'affaire de tous. La responsabilité est partagée entre toutes les personnes du CISSS de la Montérégie Ouest qui œuvrent au sein de la MDA MA et qui participent, de près ou de loin, au quotidien des personnes hébergées, à savoir : la personne hébergée elle-même, ses proches et tous les prestataires de services.

Toutefois, la responsabilité d'effectuer et d'assurer les suivis liés aux évaluations et réévaluations ainsi qu'à la catégorisation des différents risques revient à l'intervenant pivot, avec l'implication de l'équipe clinique.

7. Mise en œuvre

L'amélioration et la transformation majeure du milieu d'hébergement, peut représenter certains défis, pour toutes les personnes qui œuvrent au sein de la MDA MA. Il y a entre autre l'acceptation de la présence de risques et l'harmonisation dans la gestion des incidents, des accidents et de tout événement indésirable qui toucherait la personne hébergée. La mise en œuvre de ce cadre de référence permettra de soutenir l'implantation des concepts en gestion des risques calculés dans les MDA MA par les prestataires de services afin de répondre aux besoins et attentes de la personne hébergée et ses proches. Il faut se référer au *Programme d'hébergement en MDA MA* pour mieux en comprendre les concepts.

Conclusion

Ce cadre de référence a été élaboré afin d'éclairer et de guider les prestataires de services qui accompagnent les personnes hébergées et leurs proches au sein de la MDA MA. Il sert également à mettre en lumière l'autodétermination et le rôle que joue l'implication de la personne hébergée elle-même ainsi que de ses proches dans la prise de décision et le bien-être de la personne hébergée.

8. Listes des annexes

ANNEXE A : Étapes du processus de gestion des risques

ANNEXE B : CLI-60719 Évaluation du risque spécifique à la personne hébergée en milieu de vie (2024-06)

ANNEXE I : Évaluation du niveau de perception du risque

9. Références

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (Révisé 2021). *Gestion de la qualité et des risques - Aide-mémoire échelle de gravité et événement sentinelle*. Châteauguay : CISSS Montérégie-Ouest.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (2021). *Guide de divulgation des accidents*. Châteauguay : CISSS Montérégie-Ouest.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (En vigueur 2017. Révisé 2021). *Procédure de déclaration et d'analyse des incidents et des accidents (usagers) et de gestion des événements sentinelles* (PRO-10045). Châteauguay : CISSS Montérégie-Ouest.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, (2014) *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident – Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident – A-223-1*. Repéré à <https://sptsss.com/media/PDF/AH-223.pdf>.

Handicap Vie Dignité. (s.d.). *Les 12 droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux*. Repéré à <https://handicapviedignite.ca/Portals/0/Doc/12-droits-des-usagers.pdf>.

Ibrahim, Joseph E. et Davis, Marie-Claire. (2013). *Impediments to applying the 'dignity of risk' principle in residential aged care services*. *Australian Journal of Aging, on Ageing*, 32(3), 188-193.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2020). *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée. État des pratiques*. P. 52. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Conciliation_CHSLD_Etat_pratiques_2020.pdf.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2, art. 83, art. 183.1, art. 233.1, art. 235.1.

Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, RLRQ, c. L-6.3, art. 4.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2017). *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Déclaration des incidents et des accidents - Lignes directrices* (Évènement à caractère répétitif P.16) Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-735-01W.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Déclaration des incidents et des accidents – Lignes directrices*. Événements rapportés par les usagers ou leurs proches, P.22. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002782/>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Des milieux de vie qui nous ressemblent – Le gouvernement présente la Politique d'hébergement des soins et services de longue durée*. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-2771/>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Des milieux de vie qui nous ressemblent – Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Approches en gestion intégrée des risques et en prévention et contrôle des infections; applicables au concept des maisons des aînés et des maisons alternatives* (p.16). Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003536/>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Les maisons des aînés et les maisons alternatives, pour le mieux-être des personnes des personnes hébergées*. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/maisons-aines-et-maisons-alternatives/a-propos-maisons-aines-maisons-alternatives>.

Université de Sherbrooke. (2017). *Une meilleure compréhension pour une meilleure promotion de la dignité du risque auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle : Propositions concrètes pour une application au sein des pratiques en réadaptation*. Repéré à https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Essai_synthese_REA/ESSAI_REA106_JTHERIAUL_T.pdf

Historique du document		
Recommandé par	Le comité de concertation des directeurs adjoints	2024-02-21
Adopté par	Le comité de direction	Date 2024-03-12
Commentaires		

Étapes du processus de gestion des risques

Évaluation du contexte

Considérer le résident dans un continuum de vie.

Tenir compte de ses préférences et valeurs.

Établir le seuil de tolérance aux risques du résident, de ses proches, de son représentant et de l'établissement.

Identification, analyse et évaluation du risque

Nommer le risque et le relativiser.

Reconnaître ses effets négatifs et positifs possibles.

Consultation des parties prenantes concernées (résident, proches, représentant, équipe interdisciplinaire)

Se demander ce que ferait la personne si elle était à domicile pour identifier le risque acceptable.

Consulter l'équipe pour tenir compte du niveau d'intervention médicale du résident.

Considérer les conditions de santé propres au résident dans l'évaluation clinique.

Considérer les normes professionnelles pour évaluer comment il serait possible d'envisager de soutenir la prise de « risques calculés ».

Réaliser un plan d'intervention interdisciplinaire.

Communication des risques aux parties prenantes, de manière transparente et en permettant le dialogue

Aviser le résident, ses proches et son représentant des risques possibles qui pourraient survenir.

Obtenir leur consentement aux risques analysés comme « acceptables ».

Décision

Prendre un risque calculé.

Atténuer le risque le plus possible pour en minimiser les conséquences.

Réaliser la prise de décision avec l'ensemble des parties prenantes.

Laisser la décision définitive au résident ou à son représentant.

Faire preuve de créativité et d'innovation pour prendre un risque calculé qui réponde aux préférences et valeurs du résident, sans affecter sa sécurité ou celle des autres.

Mise en œuvre et suivi

S'assurer du respect des normes professionnelles lors de la réalisation du plan d'intervention.

Assurer un suivi régulier de l'évaluation des risques et noter les résultats au dossier du résident.

Mesurer et ajuster les actions (processus continu à notifier au dossier lorsque les besoins évoluent).

S'assurer de déclarer les incidents et les accidents qui pourraient survenir et de divulguer les accidents lorsque cela s'applique.

(Ces notions seront précisées aux chapitres 2 et 3 suivants).

CLI-60719_Évaluation du risque spécifique à la personne hébergée en milieu de vie

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

Québec



MOCLI60719

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa/mm/jj
 NAM : _____ Exp. : _____
 aaaa/mm
 Nom, prénom de la mère : _____

ÉVALUATION DU RISQUE SPÉCIFIQUE À LA PERSONNE HÉBERGÉE EN MILIEU DE VIE

☐ Feuillet *Les approches en gestion de risques pour les maisons des aînés et alternatives* remis et expliqué à la personne hébergée et la personne autorisée

SECTION 1 : ÉVALUATION DU RISQUE

Contexte de l'évaluation Date de l'évaluation : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)

- ☐ À l'admission ou à l'ouverture de l'épisode de services
☐ Révision du plan d'intervention (selon fréquence propre au milieu)
☐ Suite à un changement clinique significatif

Description de la situation à risque #1 :

Niveau de perception du risque	Pour qui			À compléter en utilisant le document : CDR-10361-ANNEXE I Évaluation du niveau de perception du risque
	Personne hébergée	Personne autorisée	Équipe clinique	
Faible / Acceptable	☐	☐	☐	
Moyen / Tolérable	☐	☐	☐	
Élevé / Non tolérable	☐	☐	☐	

Les préoccupations face au risque sont causées par :

Les conséquences potentielles de la réalisation du risque sont :

CLI-60719 (2024-06)

ÉVALUATION DU RISQUE SPÉCIFIQUE À LA PERSONNE HÉBERGÉE EN MILIEU DE VIE

Dossier de l'utilisateur
Page 1 de 2

