

Qmentum Québec^{MC}

Manuels d'évaluations – séquences 2 à 5, Cycle 2 (2023-2027)

Pratiques organisationnelles requises

Fiches POR – Août 2025

Mise à jour – Novembre 2025

Mise à jour – Avril 2026



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA





Objectifs

Cet outil a pour objectif d'aider les établissements et les équipes à:

- Présenter les pratiques organisationnelles requises aux équipes
- Comprendre leur application
- Réfléchir et identifier comment les mettre en œuvre de manière collaborative et coordonnée





Copyright © 2026, Organisation de normes en santé (HSO) ou ses concédants de licences. Tous droits réservés.

Toute utilisation et autre exploitation de ce document est couverte par les conditions d'utilisation établies ici

<https://healthstandards.org/fr/normes/termes/org-jan-2019/>.

Tout autre usage est strictement interdit. Si vous n'acceptez pas les Conditions d'utilisation (en tout ou en partie) vous n'avez pas le droit de vous servir, de reproduire ou d'exploiter de quelque façon que ce soit le présent document, d'aucune façon et sous aucun prétexte.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec HSO en écrivant à publications@healthstandards.org.

Site Web: www.healthstandards.org Téléphone: 1.613.738.3800



La méthode par traceurs

Entre 3 et 4 heures est généralement prévu pour un secteur, mais l'approche est flexible et adaptable.

Rencontre avec les responsables du service

Présentation de la démarche Questions sur le service

Observation

Tournée des lieux
Observation des processus

Consultation des dossiers et des documents

Dossiers des usagers
Politiques et procédures
Outils et références

Échanges

Échanges avec le personnel
Échanges avec les usagers et les proches aidants

Accompagnement

Approche bienveillante
Rétroaction et suggestions

Environ 15 minutes seront passées avec le gestionnaire ou la personne responsable dans l'équipe qui se trouve sur place au début du traceur, pour recueillir de l'information sur le service, et à la fin du traceur, pour faire un retour sur les observations.

Le reste du temps est utilisé pour compléter les activités du traceur avec les intervenants, usagers, proches aidants



équipe

Groupe de personnes collaborant en vue de répondre aux objectifs, aux capacités et aux préférences de l'utilisateur. L'équipe peut comprendre l'utilisateur, sa/ses personnes proches aidantes, des gestionnaires, des bénévoles, des apprenants, des pairs-aidants, des partenaires ...

plan de soins et services individualisé

Plan élaboré en collaboration avec l'utilisateur en fonction de ses objectifs, capacités et préférences. On y décrit les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe et la façon dont participeront les autres équipes au sein et à l'extérieur de l'établissement.

outil d'aide à la décision clinique

Outil qui fournit aux équipes des informations fondées sur les données probantes pour faciliter la prise de décision, qui vise à améliorer la qualité des soins et services en limitant les variations inattendues et qui peut être disponible sur diverses plateformes.

gestionnaires de l'établissement

Personnes au sein d'un établissement qui occupent un poste d'encadrement dont les fonctions sont de guider, gérer ou améliorer leur équipe, leur unité, leur direction ou leur établissement. Ceux-ci comprennent tous les cadres, les cadres intermédiaires et les hors-cadres incluant les membres de la haute direction.

repérage

Pratique succincte, fondée sur des données probantes, qui permet d'identifier de manière proactive les besoins et les risques de santé d'un utilisateur susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie.

transition de soins

Processus par lequel un utilisateur passe d'une équipe ou d'un milieu de soins à un autre, notamment lorsqu'il change de lieu, de niveau de soins au sein d'un même établissement, ou lorsqu'il retourne chez lui, et lorsque la responsabilité et l'obligation de rendre compte de l'utilisateur passent d'une équipe à une autre.

procédure

Ensemble détaillé et documenté d'étapes conçues pour guider les opérations quotidiennes.

Procédure organisationnelle. Procédure applicable et mise en œuvre par l'établissement. Peut être transversale ou spécifique à une direction ou une équipe.

gestionnaires du programme-services

Gestionnaires qui travaillent dans le cadre d'un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune





01

POR dans le cadre de
Excellence des
soins et services



Applicabilité des POR



Objectif des POR dans le cadre de l'Excellence des soins et services:

Les POR qui se trouvent dans les requis de l'excellence des soins et services comportent des pratiques qui sont applicables à travers tous les programmes-services et nécessitent une approche intégrée et coordonnée entre les secteurs. L'imputabilité a donc été placée auprès des gestionnaires qui ont une vue d'ensemble des programmes-services permettant l'élaboration et la mise en œuvre de processus et d'activités, dans une approche proactive de prévention et de promotion, au bon moment et par les bonnes personnes à travers le continuum de soins et services. Ces pratiques ne sont pas portées ni évaluées individuellement par les équipes, mais collectivement par l'ensemble des programmes-services (directions). Chaque établissement et chaque direction est invitée à réfléchir au processus qui répond le mieux à ses besoins pour assurer des soins et services sécuritaires et de qualité aux usagers et de déterminer les rôles et responsabilités des équipes.

POR

Programme de prévention du suicide	• Applicable à tous les programmes-services • Adaptée aux facteurs de risques de la clientèle desservie
Cheminement des usagers	• Applicable à tous les programmes-services • Approche intégrée aux niveaux de l'établissement qui tient compte des objectifs et des défis particuliers des programmes-services. L'évaluation des séquences 2 à 5 se penchera sur comment ces particularités sont adressées, soit dans la stratégie globale ou dans une approche plus spécifique à la direction, selon l'approche adoptée par l'établissement.
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	• Applicable aux usagers qui reçoivent ou recevront des services à domicile • Approche continue qui débute en amont (planification) des soins et services prodigués à domicile • Permet d'améliorer la sécurité des usagers, des personnes proches aidantes et des membres de l'équipe qui participent à la prestation de soins et services à domicile
Améliorer les pratiques d'hygiène des mains	• Ajout applicable à tous les programmes-services à partir de la séquence 3. • Nouvelle POR ajoutée à la lumière de résultats peu favorables obtenus au cycle 1 et à la séquence 1.



Programme de prévention du suicide



Énoncée (objectif de la POR) : Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'équipe fait preuve des compétences requises pour adhérer aux procédures organisationnelles sur le dépistage, l'évaluation, l'intervention requise, le plan de sécurité et le suivi approprié de l'utilisateur afin de prévenir le suicide.

Tests de conformité	Précisions
1. Les gestionnaires du programme-services s'assure de l'adhésion de l'équipe aux procédures organisationnelles afin de réduire les risques de sécurité et assurer un environnement sécuritaire pour tous.	• Procédure mise en œuvre dans l'établissement, la direction ou l'équipe. • Mesures prises pour maintenir un environnement physique (installations et matériel) sécuritaire et minimiser les risques.
2. Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que l'équipe reçoive une formation et un enseignement appropriés afin de fournir des services sécuritaires de prévention du suicide.	• Des formations, de l'apprentissage continue et de l'information est mise en place pour l'ensemble de la main-d'œuvre pour développer les compétences pertinentes à leur rôle.
3. Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'équipe effectue un repérage normalisé du risque suicidaire, en utilisant des outils fondés sur des données probantes fournis par les gestionnaires de l'établissement.	• Pour un même service ou pour une même clientèle, le même outil de repérage est utilisé. Il est choisi en fonction des facteurs de risques propre à la population desservie et en fonction des données probantes et des meilleures pratiques. • Éléments à établir et mettre en œuvre: quand faire le repérage, par qui, avec quel outil, à quelle fréquence, comment documenter et communiquer les résultats.
4. Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que l'équipe oriente les usagers dont le résultat du repérage du risque de suicide s'avère positif vers une personne qui détient les compétences requises pour réaliser une évaluation du risque suicidaire et mettre en place un plan de sécurité approprié.	• La « personne qui détient les compétences requises » peut faire partie de l'équipe, être dans un autre service ou direction, ou être un organisme externe. • Le processus et le rôle des intervenants pour orienter et accompagner adéquatement l'utilisateur doivent être clairs.
5. Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que l'équipe élabore un plan de sécurité individualisé, fondé sur les objectifs, les capacités et les préférences de l'utilisateur.	• À évaluer pour le programme-service, pas nécessairement le travail de chaque équipe. Le processus d'élaboration doit se faire avec l'utilisateur. • Si orientation vers une équipe d'un autre programme pour l'évaluation: ce test est S.O.

Cheminement des usagers



Énoncée (objectif de la POR) : Les gestionnaires du programme-services optimisent le cheminement des usagers au sein de leur établissement.

Tests de conformité	Précisions
1. Les gestionnaires du programme-services s'assurent qu'il existe une stratégie de cheminement des usagers à l'échelle de l'établissement qui correspond aux besoins des populations qu'il dessert.	• Avoir une stratégie (organisationnelle ou de direction) qui permet de répondre aux objectifs et d'adresser les enjeux pertinents et spécifiques aux populations desservies par le programme-services et visent à équilibrer la capacité et la demande.
2. Les gestionnaires du programme-services veillent à ce qu'il y ait un plan d'action opérationnel qui s'harmonise avec la stratégie de cheminement des usagers de l'établissement.	• En fonction de la stratégie, les actions à prendre sont planifiées (plan d'action), mises en œuvre (rôles et responsabilités) et suivies (indicateurs).
3. L'équipe met en œuvre des protocoles pour gérer efficacement le cheminement des usagers.	• Les équipes ont accès, connaissent et se réfèrent à des protocoles pour gérer le cheminement des usagers, soit des documents décrivant en détail l'ensemble des étapes à suivre ou des conduites à tenir dans des circonstances précises.
4. Les gestionnaires du programme-services s'assurent qu'il existe des mécanismes pour assurer le suivi et ajuster la stratégie de cheminement des usagers.	• Mécanisme(s) en place qui permet de suivre les objectifs, les enjeux, les actions et les indicateurs pertinents et spécifiques aux populations desservies par le programme-services.
5. Les gestionnaires du programme-services rendent régulièrement compte des progrès réalisés par rapport à la stratégie de cheminement des usagers à l'instance de gouvernance, au personnel, aux usagers et aux personnes proches aidantes, à la communauté et aux autres parties prenantes.	• Moyens de diffusion des résultats et de partage d'expériences



Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile



Énoncée (objectif de la POR) : Les gestionnaires du programme-services s'assurent qu'une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des soins et services à domicile.

Tests de conformité	Précisions
1. Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début de la planification des soins et services.	• L'évaluation des risques est effectuée dans le cadre d'un plan de transition d'un milieu de soins et services au domicile de l'usager ou pour des soins et services à domicile offerts dans le cadre d'un plan d'intervention spécifique. • Les étapes pour évaluer les risques et les rôles des différentes équipes dans ce processus sont déterminés et mises en œuvre.
2. L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile porte sur l'environnement physique intérieur et extérieur. Elle permet de vérifier la salubrité et la sécurité des lieux, à partir d'une grille commune utilisée par les différentes équipes. Les risques suivants sont considérés, à différents moments de l'intervention et selon le contexte clinique: (...)	• L'évaluation des risques se fait avec un outil ou une grille qui est commun aux différents intervenants d'un même usager. • Les composantes de la grille peuvent être différentes selon la population desservie. • L'évaluation des risques s'appuie sur les informations transmises par l'usager et les personnes proches aidantes ainsi que sur les observations en contexte réel et le jugement clinique des membres de l'équipe. • C'est une évaluation des risques (repérage) et non une évaluation clinique.
3. L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée dans le cadre de la planification et de la prestation des soins et services aux usagers. Elle est communiquée aux partenaires qui participent à la prestation de soins et services à domicile.	• Les résultats de l'évaluation servent à définir les interventions à réaliser pour assurer la sécurité des usagers et des membres de l'équipe, le cas échéant. • Ces interventions sont intégrées aux plans de soins et services individualisés et sont communiquées aux usagers, aux personnes proches aidantes, aux familles ainsi qu'aux prestataires de soins et services.
4. L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les soins et services offerts à l'usager.	• La fréquence ou les circonstances nécessitant des mises à jour sont déterminées et suivies. • Les interventions sont ajustées en fonction des besoins.
5. Les usagers, les personnes proches aidantes et les familles reçoivent de l'information concernant les enjeux de sécurité à domicile identifiés lors de l'évaluation des risques et des interventions qui sont réalisées afin de réduire voire éliminer les risques à la sécurité.	• Les usagers et les personnes proches aidantes sont des membres actifs de l'équipe. • Ils sont soutenus, informés et outillés de manière proactive.

Améliorer les pratiques d'hygiène des mains



Énoncée (objectif de la POR) : Les gestionnaires de l'établissement sont imputables de démontrer l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement.

Tests de conformité	Précisions
1. Les gestionnaires du programme-services définissent un objectif pour l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains.	• L'objectif est axé sur le résultat et précise l'amélioration visée au cours d'une période donnée.
2. Les gestionnaires du programme-services investissent dans des ressources consacrées à l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains.	• Les ressources comprennent la main-d'œuvre, les finances, l'infrastructure, l'équipement et l'information. • Les ressources nécessaires pour soutenir l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains varieront selon l'objectif défini.
3. Les gestionnaires du programme-services veillent à ce qu'un plan d'amélioration de la qualité de l'hygiène des mains soit élaboré.	• Le plan fournit des informations sur la manière dont les activités d'amélioration de l'hygiène des mains seront mises en œuvre, gérées et évaluées. • L'amélioration des pratiques d'hygiène des mains nécessitent une approche multidimensionnelle et interdisciplinaire adaptée au contexte et aux populations desservies.
4. Les gestionnaires du programme-services assurent la vigie des activités d'amélioration de l'hygiène des mains dans le temps en fonction des indicateurs identifiés.	• La collecte et l'analyse systématiques d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs permettent de s'assurer que les ressources consacrées à l'amélioration des pratiques sont correctement attribuées et que les activités atteignent les résultats souhaités.
5. Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que le programme de prévention et de contrôle des infections soit éclairé par les leçons apprises des activités d'amélioration de l'hygiène des mains.	• Les leçons apprises et les résultats sont partagés et diffusés pour contribuer à une culture apprenante et sont utilisés pour améliorer le programme de PCI.



Pratiques organisationnelles requises

Identification des usagers



Énoncée (objectif de la POR) : En partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.

Tests de conformité

1. Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes.

Précisions

- L'identification de l'utilisateur est un processus permettant d'assurer l'identification fiable de l'utilisateur et l'adéquation des interventions tout au long du continuum de soins et services. C'est un processus pour assurer la sécurité de l'utilisateur et éviter les erreurs et les événements indésirables.
- Un identifiant propre à une personne est un élément d'information qui peut être utilisé pour confirmer l'identité d'un utilisateur.
- Les identifiants propres à la personne qui sont acceptables et appropriés seront différents selon la mission et le milieu permettant ainsi de s'adapter aux besoins et aux risques présents. Ceux-ci doivent être définis, connus, et utilisés au bon moment.
- L'aspect le plus important de l'identification des utilisateurs est d'établir des pratiques courantes qui contribuent à éviter les erreurs d'identité de l'utilisateur et liés au dossier.



Identification des usagers



Énoncée (objectif de la POR) : En partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.

Séquence	Chapitres où la POR est applicable	Précisions
2	Tous les chapitres de Jeunesse	Les organismes qui souhaitent utiliser la reconnaissance du visage doivent préciser à quel moment utiliser cet identificateur et établir les éléments qui permettront à son personnel de reconnaître la personne. Il faut tout de même utiliser un deuxième identificateur unique à la personne.
2	Tous les chapitres de Santé mentale et dépendances	L'utilisation du bracelet comme identificateur est un très bon outil, mais n'est pas obligatoire.
3	Tous les chapitres de soins et services généraux, sauf le <i>chapitre 8 Services psychosociaux en contexte de sécurité civile</i>	Attention à l'utilisation de l'adresse comme identificateur unique. Celui-ci peut changer dans le temps et doit être validé par l'usager.
3	Tous les chapitres de Santé physique	Dans le cas d'usagers qui ne veulent pas s'identifier, des identificateurs uniques attribués par l'établissement peuvent être utilisés, par exemple un nom temporaire et un numéro d'identification.
4	Tous les chapitres de DP-DI-TSA	Dans le cas d'usagers de longue date ou de services prodigués à un seul usager pendant un épisode, l'identification des usagers peut être encadré pour se faire aux moments pertinents et aux points de transitions (par exemple pour des suivis avec un thérapeute)
5	Tous les chapitres de SAPA	



Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire



Énoncée (objectif de la POR) : Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération.

Tests de conformité

1. L'équipe s'est entendue sur une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire en trois étapes à utiliser pour les interventions chirurgicales effectuées dans la salle d'opération.
2. La liste de contrôle est utilisée pour chaque intervention chirurgicale.
3. Un processus est en place pour vérifier le respect de la liste de contrôle.
4. L'utilisation de la liste de contrôle est évaluée et les résultats sont communiqués à l'équipe.
5. Les résultats de l'évaluation sont utilisés pour améliorer la mise en œuvre et élargir l'utilisation de la liste de contrôle.



Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire



Énoncée (objectif de la POR) : Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération.

Séquence	Chapitres où la POR est applicable	Précisions
2	ch 3 Périnatalité (admis)	• Uniquement pour les hôpitaux qui ont un bloc obstétrical
3	Ch 6 Soins et services péri-interventionnels	• Uniquement exigée au bloc opératoire • Pratique recommandée, mais non requise pour les autres secteurs d'intervention invasive.



Optimiser l'intégrité de la peau



Énoncée (objectif de la POR) : L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

Tests de conformité	Précisions
1. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	• L'équipe suit les étapes établies dans une procédure pour effectuer de manière proactive le repérage en utilisant l'outil pertinent pour la population desservie. • L'équipe respecte le moment et la fréquence établie. • Le repérage peut être universel, sélectif ou basé sur la détection d'un besoin potentiel.
2. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour s'assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.	• Si le repérage est positif, l'équipe est en mesure de compléter l'évaluation pour déterminer les interventions pertinentes ou suit le processus établi pour référer l'usager vers la bonne ressource. • Dans certains cas, le repérage et l'évaluation peut se faire pour un sous-ensemble de la population desservie au lieu de le faire de façon individuelle pour chaque usager (repérage universel vs ciblé).
3. L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.	• Les interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'usager concernant ses soins et services. • Elles sont documentées, évaluées et communiquées pour favoriser une approche interdisciplinaire coordonnée et des soins pertinents. • Si l'équipe n'est pas responsable de la mise en œuvre d'interventions préventives, ce test est alors s.o.



Optimiser l'intégrité de la peau



Énoncée (objectif de la POR) : L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

Tests de conformité

Précisions

4. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.

- Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact.
- Il est question d'atteinte à l'intégrité de la peau survenus lors de la prestation de soins et services lorsqu'une déchirure cutanée, une infection, une pression ou une autre lésion cutanée est causée par une intervention de soins, ou une variation involontaire de la qualité des soins et services.
- L'équipe peut suivre la procédure organisationnelle portant sur la déclaration des incidents et accidents. Le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau établie généralement les orientations pour l'utilisation et l'analyse de cette information.

5. L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.

- Les activités peuvent porter sur le repérage, l'évaluation, les interventions, la déclaration ou l'importance de l'intégrité de la peau.
- En tant que membre de l'équipe, l'usager reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services.

6. L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- Les activités sont en lien avec un plan d'amélioration établie pour l'équipe, la direction ou l'établissement.
- La participation comprend le soutien à la collecte de données, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction, l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme.



Optimiser l'intégrité de la peau



Énoncée (objectif de la POR) : L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

Séquence	Chapitres où la POR est applicable	Précisions et exemples
2	ch 2 et 3 Périnatalité (inscrits et admis) ch 4 Néonatalogie ch 6 et 7 Jeunes en difficulté (JED/DPJ)	- Pour JED ambulatoire, le repérage des risques peut être pertinent, selon la situation du jeune. L'équipe devrait être outillée et la pratique établie documentée même si c'est une approche sélective. Certaines situations amènent un risque accru telles que l'automutilation, l'utilisation de drogues injectables, l'irritation cutanée causée par l'anxiété, une hygiène personnelle inadéquate. - Cette POR peut être S.O. pour certaines équipes de la DPJ.
2	Tous les chapitres de Santé mentale et dépendances, <i>sauf le chapitre 3 Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes</i>	La nature des services offerts sous le chapitre 3 ne se prêtent pas à la mise en place d'un repérage structuré et systématique. Il peut tout de même être pertinent de sensibiliser les intervenants qui peuvent être en mesure d'identifier des besoins dans une approche de soins holistique. La POR est tout de même S.O. pour ce chapitre.
3	ch 5 Soins et services de santé courants ch 6 Soins et services en GMF	Plusieurs offres de services différentes sont évaluées avec le chapitre 5. Le repérage doit être pertinent en fonction la clientèle desservie et le type de service.
3	Tous les chapitres de Santé physique, <i>sauf le chapitre 3 d'Imagerie et de médecine nucléaire</i>	Pour le chapitre 5, la POR est applicable pour le volet soins spécialisés à domicile. Pour l'<i>ambulatoire</i>, cette POR sera non applicable. Notons cependant qu'il peut quand même être cliniquement indiqué pour certains usagers de mettre en place des interventions pour optimiser l'intégrité de la peau selon les besoins identifiés.
4	ch 2 Déficience physique (ambulatoire) ch 4 Déficience physique (admis)	
5	ch 2 Soins et services à domicile (SAD) ch 4 Soins de courte durée gériatrique ch 5 Soins de longues durées	

Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention



Énoncée (objectif de la POR) : L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.

Tests de conformité	Précisions
1. L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.	• Procédure mise en œuvre dans l'établissement, la direction ou l'équipe. • Mesures prises pour maintenir un environnement physique (installations et matériel) sécuritaire et minimiser les risques.
2. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de chutes et de blessures qui en découlent.	• L'équipe suit les étapes établies dans une procédure pour effectuer de manière proactive le repérage en utilisant l'outil pertinent pour la population desservie. • L'équipe respecte le moment et la fréquence établie. • Le repérage peut être universel, sélectif ou basé sur la détection d'un besoin potentiel.
3. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour s'assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'utilisateur dont le repérage est positif pour le risque de chutes ou de blessures qui en découlent.	• Si le repérage est positif, l'équipe est en mesure de compléter l'évaluation pour déterminer les interventions pertinentes ou suit le processus établi pour référer l'utilisateur vers la bonne ressource. • Dans certains cas, le repérage et l'évaluation peut se faire pour un sous-ensemble de la population desservie au lieu de le faire de façon individuelle pour chaque usager.
4. L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.	• Les interventions visent à prévenir les chutes, mais surtout à réduire les blessures en cas de chute. Elles s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions et préférences de l'utilisateur. • Elles sont documentées, évaluées et communiquées pour favoriser une approche interdisciplinaire coordonnée et des soins pertinents. • Si l'équipe n'est pas responsable de l'évaluation ou de la mise en œuvre, ce test est alors s.o.

Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention



Énoncée (objectif de la POR) : L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.

Tests de conformité	Précisions
5. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.	• Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. • Les chutes et les blessures qui découlent de la prestation de soins et services et qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents. • L'équipe peut suivre la procédure organisationnelle portant sur la déclaration des incidents et accidents. Le programme de prévention établie généralement les orientations pour l'utilisation et l'analyse de cette information.
6. L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.	• Les activités peuvent porter sur le maintien d'un environnement sécuritaire, sur le repérage, l'évaluation, les interventions, la déclaration ou l'approche pour réduire les blessures liées aux chutes. • En tant que membre de l'équipe, l'usager reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services.
7. L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention des chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	• Les activités sont en lien avec un plan d'amélioration établie pour l'équipe, la direction ou l'établissement. • La participation comprend le soutien à la collecte de données, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction, l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme.



Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention



Énoncée (objectif de la POR) : L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.

Séquence	Chapitres où la POR est applicable (tous les tests)	Chapitre où certains tests de la POR sont applicables (tests 1, 5, 6)*	Précisions
2	ch 2 Périnatalité (inscrits) ch 3 Périnatalité (admis) ch 4 Néonatalogie	ch 5 Pédiatrie et soins ambulatoires ch 6 Jeunes en difficultés (inscrits) ch 7 Jeunes en difficulté (admis)	*tests 1, 5, 6: uniquement les pratiques pour assurer un environnement sécuritaire, faire la déclaration et l'apprentissage continue sont applicables dans ces chapitres.
2	ch5 Urgence ch 6 Santé mentale (admis) ch 8 Dépendances (admis)	ch 2 Santé mentale Jeunesse ch 3 Santé mentale spécifique ch 4 Santé mental spécialisé ch 7 Dépendances (inscrits)	
3	ch 5 Soins et services de santé courants ch 6 Soins et services en GMF	ch 5 Soins et services de santé courants (point de services locaux) ch 7 Services de consultation sociale et psychologique	
3	ch 2 Soins et services d'urgence ch 4 Soins et services d'hospitalisation ch 6 Soins et services péri-interventionnels ch 7 Soins et services critiques ch 8 Soins et services en oncologie	ch 3 Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire ch 5 Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile	
4	ch 2 Déficience physique (ambulatoire) ch 4 Déficience physique (admis)		
5	Tous les chapitres de SAPA		Ch 3 –selon l'offre de service de chaque clinique (pertinence)

Prévenir la thromboembolie veineuse



Énoncée (objectif de la POR) : L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.

Tests de conformité

1. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.	• L'équipe suit les étapes établies dans une procédure pour effectuer de manière proactive le repérage des facteurs de risques en utilisant l'outil pertinent pour la population desservie. • L'équipe respecte le moment et la fréquence établie. • Le repérage peut être universel ou sélectif.
2. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour l'utilisation des outils d'aide à la décision clinique afin de déterminer les interventions requises pour un usager dont le repérage du risque de thromboembolie veineuse est positif.	• En fonction des facteurs de risques repérés, l'équipe détermine s'il y a des interventions pertinentes à mettre en place en utilisant des outils d'aide à la décision clinique.
3. L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.	• Les interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse s'appuient sur les outils d'aide à la décision clinique et sur les décisions et préférences de l'usager. • Le moment de l'initiation, la durée et les exigences de vigie des interventions sont précisés et adaptés aux caractéristiques de l'usager. • Les interventions peuvent inclure notamment des stratégies quotidiennes ou d'habitudes de vie, une thromboprophylaxie pharmacologique ou mécanique. • Elles sont documentées, réévaluées et communiquées pour favoriser une approche interdisciplinaire coordonnée et des soins pertinents.



Prévenir la thromboembolie veineuse



Énoncée (objectif de la POR) : L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.

Tests de conformité

4. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme incident et accident survenu lors de la prestation des soins et services.

- Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration d'événements indésirables liés à la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact.
- Il est question de thromboembolie veineuse « nosocomial » lorsqu'un caillot de sang dans une veine ou dans les poumons est causé par une intervention de soins.
- Le système de déclaration provincial n'étant pas adapté pour ce type d'événement, le programme de prévention de la TEV devrait prévoir une modalité alternative pour repérer et analyser des données sur ces cas.

5. L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention de la thromboembolie veineuse.

- Les activités peuvent porter sur le repérage, les facteurs de risques, les outils, les interventions préventives ou la TEV.
- En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services.

6. L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention de la thromboembolie veineuse dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- Les activités sont en lien avec un plan d'amélioration établie pour l'équipe, la direction ou l'établissement.
- La participation comprend le soutien à la collecte de données, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction, l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme.



Prévenir la thromboembolie veineuse



Énoncée (objectif de la POR) : L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes

Séquence	Chapitres où la POR est applicable	Précisions
2	ch 2 Périnatalité (inscrits et maison des naissances) ch 3 Périnatalité (admis) ch 4 Néonatalogie	- En périnatalité, la POR devrait être appliqué de manière coordonnée entre les milieux inscrits et admis. - En néonatalogie, la POR s'applique uniquement si le niveau de l'unité permet d'accueillir des bébés qui peuvent présenter un risque élevé (ex: avec un cathéter veineux central). Si non, elle est s.o.
2	ch6 Santé mentale (admis) ch 8 Dépendances (admis)	
3	Tous les chapitres de Santé physique, à l'exception du <i>chapitre 3 d'imagerie et de médecine nucléaire</i>	Pour le chapitre <i>5 Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile</i>, applicable uniquement pour des usagers post-opératoires ou ayant un cancer ou autres facteurs de risques importants.
4	ch 4 Déficience physique (admis)	
5	ch 4 Soins de courte durée gériatrique	

Note: pour certains usagers (par exemple en CHSLD ou en GMF) l'évaluation des facteurs de risque et la mise en œuvre d'interventions préventives seront cliniquement justifiées. Cela relève de la pratique clinique et ne nécessite pas la mise en place d'un processus de dépistage systématique. Cependant, l'établissement peut choisir d'intégrer ces aspects dans son programme de prévention de la TEV.



Transfert de l'information aux points de transition des soins



Énoncée (objectif de la POR) : L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.

Tests de conformité	Précisions
1. L'information qui doit être partagée lors des transitions des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins et services, transfert et congé.	• Pour chaque point de transition, l'information à partager est déterminée et standardisée pour assurer une communication complète, efficace et pertinente. • Dans le cadre de cette POR, une transition des soins s'effectue lorsqu'un usager change de lieu, de niveau de soins au sein d'un même établissement, retourne à son domicile, et lorsque la responsabilité de celui-ci passe d'une équipe clinique à une autre, par exemple lors d'un changement de quart de travail ou d'un changement du membre responsable du dossier. • Le niveau de standardisation dans l'établissement dépendra de la taille et de la complexité de l'organisation.
2. Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.	• Des outils de consignations sont des outils en format papier ou numérique qui standardisent la documentation de l'information et son format lors des transitions. • Des stratégies de communications sont des méthodes ou des outils de communication normalisés qui fournissent un cadre pour une communication claire, complète et cohérente entre les membres du personnel, les usagers et les personnes proches aidantes lors des transitions, tels que l'outil SAER ou I-PASS, les listes de vérification ou la relecture et la reformulation.
3. Lors des transitions, les usagers et les personnes proches aidantes reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins et services.	• Les usagers et leurs personnes proches aidantes possèdent les connaissances essentielles pour contribuer à titre de membres de l'équipe et à la sécurité des transitions. Ils ont besoin d'information pour se préparer aux transitions, prendre des décisions éclairées et être soutenue dans la gestion de leur propre santé et bien-être.



Transfert de l'information aux points de transition des soins



Énoncée (objectif de la POR) : L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.

Tests de conformité	Précisions
4. L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.	• La documentation permet de consigner l'information, mais également les données du processus (le qui, le quand, le comment). • Les responsabilités doivent être établies et respectées quant à la diffusion et à la réception d'information, ainsi qu'en matière d'information à documenter et le mécanisme pour le faire. • En pratique, il n'est pas toujours possible ni pratique de documenter tous les échanges d'informations lors de toutes les transitions de soins. On peut raisonnablement s'attendre à évaluer l'utilisation d'outils normalisés pour le transfert inter-quart, comme le changement d'état du client (IsoBAR, SBAR), le langage critique (CUS) et les outils de transferts (rapports, tableaux).
5. L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue.	• On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus, les oublis, les erreurs ainsi que la nécessité pour les usagers et les personnes proches aidantes de répéter l'information. • La mesure et la surveillance peuvent relever de la responsabilité d'une équipe désignée, de plusieurs équipes ou d'une personne selon le type d'organisation. • Les améliorations peuvent porter sur la mise en œuvre de nouvelles approches, la rationalisation des processus, la réduction des risques ou des préjudices, la mise à jour de la politique, les outils de communication normalisés et les activités d'apprentissage continu.



Transfert de l'information aux points de transition des soins



Énoncée (objectif de la POR) : L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.

Séquence	Chapitres où la POR est applicable	Exemples
2	Tous les chapitres de Jeunesse	Exemples de points de transitions: • Congé • Fermeture de dossier • Fin des traitements ou des interventions • Transfert inter ou intra établissement • Référence vers un autre service ou vers un organisme communautaire • Réorientation • Orientation par le mécanisme d'accès • Changement de quart • Changement d'intervenant responsable • Couverture de soir par un autre service • Changement de statut ou de niveau de soin • Couverture par un service de répit • Retour vers la première ligne à la suite de soins ou services spécialisés • Admission en milieu d'hébergement
2	Tous les chapitres de Santé mentale et dépendances	
3	Tous les chapitres de Soins et services généraux	
3	Tous les chapitres de Santé physique	
4	Tous les chapitres de DP-DI-TSA	
5	Tous les chapitres de SAPA	



Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions



Énoncée (objectif de la POR) : L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.

Note: Cette POR est applicable pour les équipes impliquées dans la gestion des médicaments (prescription **ou** administration) dans le cadre de l'offre de service et qui ont des intervenants ayant la formation requise.

Tests de conformité	Précisions
1. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.	• Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. • Une transition de soins se définit par un usager qui change de milieu de soins, de niveau de soins au sein d'un même établissement, retourne à son domicile, et lorsque la responsabilité de l'utilisateur passe d'une équipe clinique à une autre (admission, transfert, congé). • La procédure peut indiquer les transitions de soins au cours desquelles le MSTP de l'utilisateur est réalisé. • Dans la mesure du possible, le MSTP est réalisé avec l'utilisateur ou la personne responsable de la gestion de ses médicaments et au moins une autre source d'information fiable. • Ces discussions sont menées de manière à encourager la transmission complète des renseignements concernant la prise de médicaments, y compris les médicaments sur ordonnance, les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales ainsi que tous les remèdes traditionnels, complémentaires ou suppléments.
2. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des points de transitions de soins en temps opportun.	• Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une prescription inappropriée, la duplication des thérapies et l'omission des médicaments. • La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. • Dans certains cas, la résolution des divergences se fait en communiquant avec le prescripteur, la pharmacie communautaire ou l'utilisateur.



Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions



Énoncée (objectif de la POR) : L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.

Note: Cette POR est applicable pour les équipes impliquées dans la gestion des médicaments (prescription ou administration) dans le cadre de l'offre de service et qui ont des intervenants ayant la formation requise.

Tests de conformité

3. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les incidents qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.	• Une déclaration n'est pas faite chaque fois qu'il y a une divergence, mais plutôt lorsque les procédures ne sont pas suivies et que ça a causé ou aurait pu causer préjudice à l'usager. • L'équipe peut suivre la procédure organisationnelle portant sur la déclaration des incidents et accidents.
4. L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	• Les activités peuvent porter sur la communication aux points de transitions, les rôles et responsabilités, le MSTP, la résolution des divergences, les outils et mécanismes en place pour le BCM. • En tant que membre de l'équipe, l'usager reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services.
5. L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	• Les activités d'amélioration sont en lien avec le plan établi pour l'établissement (4.2.6 Leadership). • La participation comprend le soutien à la collecte de données, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction, l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le processus.



Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions



Énoncée (objectif de la POR) : L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.

Note: Cette POR est applicable pour les équipes impliquées dans la gestion des médicaments (prescription **ou** administration) dans le cadre de l'offre de service et qui ont des intervenants ayant la formation requise.

Séquence	Chapitres où la POR peut être applicable	Précisions
2	Tous les chapitres de Jeunesse	- S.O. pour les équipes en ambulatoire composées uniquement de professionnels psychosociaux. - En néonatalogie, la POR peut être applicable lors d'un transfert ou d'un congé, s'il y a prise de médicaments.
2	Tous les chapitres de Santé mentale et dépendances	S.O. pour les équipes en ambulatoire composées uniquement de professionnels psychosociaux.
3	Ch 5 Soins et services de santé courants Ch 6 Soins et services en GMF	Applicable si l'équipe est impliquée dans la gestion des médicaments (prescription, administration)
3	Tous les chapitres de Santé physique	- ch 3: afin de prévenir les interactions médicamenteuses et les complications lors de l'administration de produits de contraste ou d'opiacés, si utilisés - ch 5: applicable si l'équipe est impliquée dans la gestion des médicaments (prescription, administration)
4	Ch 2 Déficience physique (ambulatoire) Ch 3 Déficience physique (admis) Ch 5 DI-TSA hébergement	Applicable si l'équipe est impliquée dans la gestion des médicaments (prescription, administration)
5	Tous les chapitres de SAPA	En ambulatoire et SAD, applicable si l'équipe est impliquée dans la gestion des médicaments (prescription, administration)





POR

par manuel d'évaluation





POR – séquence 2

Jeunesse

POR	Ch.2 périnat	Ch.3 Périnat admis	Ch.4 néonat	Ch.5 ambu ped	Ch.6 JED	Ch.7 JED admis	PA
Identification des usagers							
Réduire les blessures liées aux chutes				Tests 1, 5 et 6	Tests 1, 5 et 6	Tests 1, 5 et 6	Tests 1, 5 et 6
Optimiser l'intégrité de la peau							
Prévenir la TEV							
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire							
Transfert de l'information aux points de transition							
Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transition*							

**seulement si l'équipe comprend des professionnels avec les compétences cliniques ou la formation requises pour prescrire ou gérer les prescriptions et que c'est une composante des services*

 applicable

 applicable, avec exceptions, voir la fiche de la POR



POR – séquence 2

Santé mentale et dépendances

POR	Ch.2 SM jeunesse	Ch.3 SM spécifique	Ch.4 SM spécialisé	Ch.5 Urgence SM	Ch.6 SM admis	Ch.7 dépendances	Ch.8 dépendances admis
Identification des usagers							
Réduire les blessures liées aux chutes	Tests 1, 5 et 6	Tests 1, 5 et 6	Tests 1, 5 et 6			Tests 1, 5 et 6	
Optimiser l'intégrité de la peau							
Prévenir la TEV							
Transfert de l'information aux points de transition							
Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transition*							
<i>*seulement si l'équipe comprend des professionnels avec les compétences cliniques ou la formation requises pour prescrire ou gérer les prescriptions et que c'est une composante des services</i>							

 applicable
  applicable, avec exceptions – voir la fiche de la POR





POR – séquence 3

Soins et services généraux

POR	Ch.2 Info	Ch.3 AAOR	Ch.4 crise	Ch.5 courants	Ch.6 GMF	Ch.7 cons. soc.	Ch.8 séc civile
Identification des usagers							
Réduire les blessures liées aux chutes				Si non pertinent, juste tests 1, 5 et 6		Tests 1, 5 et 6	
Optimiser l'intégrité de la peau				Selon l'offre de service			
Prévenir la TEV							
Transfert de l'information aux points de transition							
Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transition*				Selon l'offre de service*			
*seulement si l'équipe comprend des professionnels avec les compétences cliniques requises pour prescrire ou gérer les prescriptions et que c'est une composante des services							



applicable

applicable, avec exceptions – voir la fiche de la POR





POR – séquence 3

Santé physique

POR	Ch.2 urgence	Ch.3 imagerie	Ch.4 hospit	Ch.5 ambu	Ch.6 péri-intv.	Ch.7 critiques	Ch.8 onco
Identification des usagers							
Réduire les blessures liées aux chutes		Tests 1, 5 et 6		Tests 1, 5 et 6			
Optimiser l'intégrité de la peau				À domicile			
Prévenir la TEV				Si clientèle pertinente			
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire					au bloc		
Transfert de l'information aux points de transition							
Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transition		Selon l'offre de service*		Selon l'offre de service*			



applicable

applicable, avec exceptions – voir la fiche de la POR





POR – séquence 4

DP – DI-TSA

POR	Ch.2 DP ambu	Ch.3 DI-TSA ambu	Ch.4 DP admis	Ch.5 DI-TSA héberg.
Identification des usagers				
Réduire les blessures liées aux chutes				
Optimiser l'intégrité de la peau				
Prévenir la TEV				
Transfert de l'information aux points de transition				
Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transition*	Selon l'offre de service*			
<i>*seulement si l'équipe comprend des professionnels avec les compétences cliniques requises ou la formation pour prescrire ou gérer les prescriptions et que c'est une composante des services</i>				

applicable

applicable, avec exceptions – voir la fiche de la POR





POR – séquence 4

DI-TSA – précisions sur les chapitres 3 et 5

POR	Ch.2 DP ambu	Ch.3 DI-TSA ambu	Ch.4 DP admis	Ch.5 DI-TSA héberg.
Réduire les blessures liées aux chutes				
Optimiser l'intégrité de la peau				

Les POR liés à la réduction des blessures associées aux chutes et à l'optimisation de l'intégrité de la peau ne sont pas présentés aux chapitres 3 et 5 de ce manuel. Cette orientation tient compte de la révision de l'application des POR en 2025 ainsi que d'un choix de critères visant à réduire les mentions de type « s.o. », en reconnaissant que plusieurs pratiques pertinentes sont déjà intégrées aux critères fondamentaux et spécifiques de ces chapitres.

Dans ce contexte, la prévention des chutes s'appuie principalement sur la mise en place d'un milieu de vie, de travail ou de soin sécuritaire. L'évaluation de l'état de santé et des besoins est jugée suffisante pour cette clientèle afin d'identifier et de prendre en charge, au besoin, les risques et les enjeux liés à l'intégrité de la peau.





POR – séquence 5

Soutien à l'autonomie des personnes âgées

POR	Ch.2 SAD	Ch.3 spéc. géri	Ch.4 courte durée	Ch.5 longue durée
Identification des usagers				
Réduire les blessures liées aux chutes		Selon l'offre de service		
Optimiser l'intégrité de la peau				
Prévenir la TEV				
Transfert de l'information aux points de transition				
Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transition	Selon l'offre de service	Selon l'offre de service		

 applicable

 applicable, avec exceptions – voir la fiche de la POR

