



AGRÉMENT
CANADA

Manuel d'évaluation Qmentum Québec^{MC}

Santé physique (Cycle 2)

En vigueur dès: décembre 2024

Table des matières

Introduction	5
Structure du manuel	7
Glossaire	12
Chapitre 1: Excellence des soins et services	20
1.1: Organiser les soins et services selon les besoins des personnes et des communautés visées par le programme-services	20
1.2: Gérer les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles dans le but de soutenir les équipes	44
1.3: Soutenir une culture de la mesure et de l'amélioration continue de la qualité par la gestion des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services et l'évaluation du programme-services	58
Chapitre 2: Soins et services d'urgence (usagers inscrits)	70
2.1: Épisodes de soins et services - Soins et services d'urgence (usagers inscrits)	70
2.2: Pratiques transversales	132
Chapitre 3: Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire	137
3.1: Épisodes de soins et services - Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire	137
3.2: Pratiques transversales	203
Chapitre 4: Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)	208
4.1: Épisodes de soins et services - Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)	208
4.2: Pratiques transversales	266
Chapitre 5: Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)	271
5.1: Épisodes de soins et services - Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)	271
5.2: Pratiques transversales	327
Chapitre 6: Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)	331
6.1: Épisodes de soins et services - Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)	331
6.2: Pratiques transversales	402
Chapitre 7: Soins et services critiques (usagers admis)	406
7.1: Épisodes de soins et services - Soins et services critiques (usagers admis)	406



7.2: Pratiques transversales	469
Chapitre 8: Soins et services en oncologie (usagers inscrits)	473
8.1: Épisodes de soins et services - Soins et services en oncologie (usagers inscrits)	473
8.2: Pratiques transversales	536
Documents de référence	540



© LE PRÉSENT DOCUMENT EST PROTÉGÉ PAR UN COPYRIGHT

Copyright © 2024, 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/conditions-generales-dutilisation-non-commerciale-jan-2023/>.

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/fr/ Téléphone : 1.613.738.3800

Comment pouvons-nous améliorer cette norme? Veuillez envoyer vos commentaires à publications@healthstandards.org

Introduction

Les personnes qui œuvrent dans les établissements publics de la santé et des services sociaux se sentent concernés par la qualité et la sécurité des pratiques pour les activités cliniques et de gestion. Agrément Canada, au moyen de son programme Qmentum adapté pour le Québec, soutient ces établissements dans leur volonté d'amélioration continue dans l'ensemble de leurs sphères d'activités.

Le présent manuel d'évaluation a pour but de soutenir l'évaluation de la prestation des soins et services offerts dans le cadre du programme-services Santé physique dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux concernés. Cette démarche s'intègre dans le deuxième cycle du programme d'agrément au Québec (2023-2027). Le manuel est conforme aux objectifs et aux orientations ministérielles du programme-services Santé physique, dont le Guide de gestion des urgences (MSSS, 2022), le Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée (MSSS, 2024), le Guide de planification immobilière des unités de soins critiques (MSSS, 2012), le Plan d'action 2024-2026 du Programme québécois de cancérologie (MSSS, 2024) ainsi que le Plan d'Action 2020-2025 – Pour un accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité (MSSS, 2022). Il respecte également les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), et s'appuie sur d'autres documents clés, tels que les Recommandations sur l'optimisation de l'accès aux soins pour les patients en condition critique (MSSS, 2023) et le Cadre de référence sur le développement des compétences en soins palliatifs et de fin de vie (MSSS, 2016).

Le manuel met en lumière l'importance d'une offre de soins et services au programme-services Santé physique qui est accessible, sécuritaire, efficace et adaptée aux besoins de la population, et soutient l'importance d'une approche d'amélioration continue de la qualité et des partenariats qui s'imposent. Les soins et services offerts dans le cadre du programme-services Santé physique sont dispensés par des équipes compétentes dans leurs champs d'expertise respectifs.

L'exercice d'autoévaluation représente une première étape du processus d'agrément et se veut une étape essentielle dans une démarche d'amélioration continue. Le manuel représente un outil structurant, pour les gestionnaires du programme-services et les équipes, pour se mobiliser à l'égard de la qualité et de la sécurité des soins et services tout en apprivoisant les normes et les critères applicables à leur champ d'activité. Il est fortement recommandé de procéder à l'autoévaluation en adoptant une approche collaborative et interdisciplinaire qui comprend la participation des usagers, afin de bien refléter les besoins de la population et les expériences vécues ainsi que d'assurer une diversité de points de vue durant l'exercice. Les résultats de cette démarche d'autoévaluation permettent d'assurer la vigie des progrès de l'établissement par rapport à la conformité aux critères. Cet exercice constitue un fondement pour mettre en œuvre, adapter, poursuivre ou intensifier les initiatives d'amélioration continue. L'autoévaluation sert de référence à l'élaboration d'un plan d'amélioration continue de la qualité.



Le programme d'agrément Qmentum, offert aux établissements publics de la santé et des services sociaux du Québec, s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'autoévaluation réalisée par les gestionnaires du programme-services et les équipes ainsi que l'évaluation sur place (visite d'agrément) et l'administration de sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit : 1) le fonctionnement de la gouvernance; 2) l'expérience de l'utilisateur; et, 3) les perceptions de la main-d'œuvre en lien avec la qualité de vie au travail et la sécurité. La visite d'agrément est menée selon une approche par traceurs et est réalisée par des pairs, que l'on nomme des visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever. Les établissements ont donc tout intérêt à utiliser ce manuel d'évaluation pour mener efficacement leurs démarches d'autoévaluation.

Structure du manuel

Le présent manuel d'évaluation est composé de critères d'évaluation qui permettent d'évaluer les soins et services offerts dans le cadre du programme-services Santé physique. Le manuel est divisé en chapitres, reflétant la structure d'organisation des soins et services dans les établissements du Québec, et regroupant chacun des critères pertinents à ces secteurs provenant des pratiques organisationnelles requises (POR) et des normes de l'organisation de normes en santé (HSO). Les POR et les normes d'HSO sont fondées sur des données probantes pour les soins et services et leur processus d'élaboration est le fruit d'une collaboration avec des experts-conseils et des personnes ayant des expériences vécues dans le monde entier, par l'entremise d'un processus d'engagement public rigoureux.

Le manuel présente un contenu modifié par rapport à celui du Cycle 1. Les évaluations relatives aux soins et services en néonatalogie et en pédiatrie ambulatoire ont été déplacées du manuel Santé physique vers le manuel Jeunesse (Cycle 2), afin de mieux refléter les spécificités de ces soins et services dans un cadre adapté. En ce qui a trait aux soins palliatifs et de fin de vie, plutôt que de figurer dans un chapitre distinct, les critères relatifs à ces soins et services sont désormais répartis dans les chapitres 2 à 8. Cette modification vise à renforcer l'intégration des soins palliatifs et de fin de vie tout au long du continuum de soins et services. Les chapitres consacrés aux dons d'organes (donneurs vivants et décédés) ainsi qu'à la transplantation de tissus ne figurent plus comme chapitres distincts, et leurs critères se trouvent désormais dans quelques chapitres désignés, en fonction du type de soins et services dispensés.

Le premier chapitre, basé sur la norme QC/HSO A0001:2023 Excellence des soins et services (Québec), porte sur l'évaluation de l'excellence des soins et services au sein du programme-services. Ce chapitre reflète un contenu enrichi qui tient compte de la rétroaction obtenue du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), des établissements et des visiteurs au Cycle 1 et s'arrime avec le manuel Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales utilisé pour guider les activités d'agrément de la séquence 1, Cycle 2 (2024). Il traite des responsabilités des gestionnaires des programmes-services pour assurer une prestation de soins et services de qualité et sécuritaires au sein de leur programme qui est en accord avec les pratiques attendues de la haute direction. À ces responsabilités, s'ajoute l'évaluation des POR en lien au cheminement des usagers, à la prévention du suicide, à l'hygiène des mains et à l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile; les trois derniers ayant ressorti comme points d'amélioration importants découlant des activités du Cycle 1. Le contenu de ce chapitre représente un ancrage avec le chapitre leadership du manuel de la séquence 1 et les chapitres subséquents qui visent les épisodes de soins et services d'un programme-services particulier.

Les chapitres qui suivent (chapitres 2 à 8) sont dédiés à l'offre des soins et services du programme-services Santé physique, adaptés en fonction de la nature des prestations et des milieux

de soins. Le contenu de ces chapitres reflète également un contenu enrichi, basé sur les normes suivantes :

- HSO 11001:2018 Soins critiques
- HSO 11002:2018 Urgences
- HSO 34004:2018 Soins ambulatoires
- HSO 11004 :2018 Unité d'hospitalisation
- HSO 34005:2018 Services d'oncologie
- HSO 13001:2020 Services de soins palliatifs et de fin de vie
- HSO 11009:2018 Services interventionnels et périchirurgicaux
- HSO 42002:2019 Services d'imagerie et médecine nucléaire
- HSO 11008:2018 Services de dons d'organes-donneurs vivants
- HSO 11006:2018 Services de dons d'organes et de tissus-donneurs décédés
- HSO 11007:2018 Transplantation d'organes et de tissus
- HSO 35001:2018 Soins à domicile

Chacune de ces normes a été révisée afin d'assurer la pertinence de son contenu avec l'offre des soins et services au Québec, et ce, en collaboration avec des experts-conseils. La révision avait également pour but d'éviter les duplications de critères dont la thématique était déjà abordée dans le chapitre sur l'excellence des soins et services.

Ces chapitres comprennent entre autres quatre POR qui ont été mises à jour, en lien avec le bilan comparatif des médicaments, l'intégrité de la peau, la prévention des chutes et la réduction des blessures ainsi que la prévention de la thromboembolie veineuse. Le contenu de ces chapitres précise les responsabilités des équipes pour assurer une prestation de soins et services sécuritaire et centrée sur la personne dans le cadre du programme-services Santé physique.

Chacun des chapitres dédiés aux épisodes de soins et services comprend une section consacrée aux pratiques transversales essentielles qui doivent être en place en tout temps et dans tous les milieux où sont prodigués les soins et services. Cette section comporte une série de huit critères, sélectionnés avec soin en collaboration avec un groupe d'experts suite à la rétroaction fournie par le MSSS et les établissements après les évaluations du Cycle 1. Les principes inclus dans les pratiques transversales ont été tirés des chapitres Télésanté, Programme de prévention et de contrôle des infections et Gestion du circuit du médicament du manuel d'évaluation de la séquence 1, Cycle 2.

Le manuel est le fruit d'une cocréation ayant mis à contribution les principaux acteurs concernés et a été conçu tout particulièrement pour le réseau de la santé et des services sociaux du Québec : les critères d'évaluation présentés sont en lien direct avec les orientations ministérielles, les plans d'action et les cadres de références en vigueur au moment de la publication.

Nous souhaitons profiter de l'occasion afin de souligner le temps et les efforts des experts-conseils qui ont partagé leurs expertises et leurs recommandations au cours du processus de rédaction de ce

manuel ainsi que des membres figurant ci-dessous qui ont formé le groupe de travail appuyant la conception de ce manuel. La collaboration de tous les experts fut très appréciée et a permis de rédiger un manuel de qualité qui s'intègre au contexte québécois, qui permet de suivre les orientations et d'atteindre les objectifs ministériels, et qui tient compte également de la rétroaction émise en Cycle 1 par les établissements participants et les visiteurs.

- Louise Clément, Louise Clément, M.D., Aviseuse clinique, Organisation des normes en santé et Agrément Canada
- Danielle Dubois, M.G.S.S., B. Sc. nut., Consultante en gestion de la santé
- Oscar-Esteban Espinosa-Bentancourt, Technologue en imagerie médicale, Responsable du secteur Recherche-Imagerie clinique, CIUSSS-CHUS
- Lyne Jobin, M. Ps., Consultante en gestion de la santé et en services sociaux
- Régis Vaillancourt, B.Pharm., Pharm.D., Consultant en gestion du circuit du médicament

Chapitres

Le manuel d'évaluation compte huit chapitres pour soutenir les établissements publics dans leur parcours d'amélioration continue de la qualité. Chaque chapitre comprend un contexte sur son objectif ainsi que la clientèle visée.

Chapitre 1: Excellence des soins et services

Chapitre 2: Soins et services d'urgence (usagers inscrits)

Chapitre 3 : Soins et services d'imagerie et médecine nucléaire (usagers admis et enregistrés)

Chapitre 4 : Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)

Chapitre 5 : Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)

Chapitre 6 : Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)

Chapitre 7 : Soins et services critiques (usagers admis)

Chapitre 8 : Soins et services en oncologie (usagers inscrits)

Sous-chapitres

Les critères dans chacun des chapitres sont organisés en sous-chapitres qui traitent de thèmes pouvant donner lieu à des initiatives d'amélioration.

Critères

Chaque sous-chapitre du manuel d'évaluation contient des critères propres à la thématique présentée. Les critères regroupent des énoncés qui indiquent les exigences à atteindre fondées sur des données probantes. Les critères décrivent l'imputabilité, l'action et l'intention.

Conseils

Pour chaque critère, il existe un conseil correspondant qui fournit des renseignements supplémentaires pour aider les utilisateurs à comprendre son énoncé. Les conseils ne contiennent pas de nouveau contenu à évaluer.

Classification des critères

Chaque critère compris dans ce manuel est classifié selon une méthode d'évaluation précise (sur place), un niveau de priorité (pratique organisationnelle requise et priorité normale et élevée) et une dimension de la qualité (p. ex., sécurité). Ces classifications figurent sous l'énoncé du critère et servent de guide aux établissements pour mieux comprendre les critères par regroupement thématique et les méthodologies qui sont utilisées pour évaluer leur conformité.

Méthode d'évaluation

Sur place : Les critères classifiés « sur place » signifient qu'ils sont évalués sur place par un visiteur.

Niveaux de priorité

Pratiques organisationnelles requises (POR) :

Les POR sont des pratiques qui ont été déterminées comme essentielles et qui doivent être en place dans l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques. Elles s'appuient sur la documentation publiée, l'expérience clinique, les pratiques fondées sur les données probantes et les personnes ayant des expériences vécues.

Les POR sont organisées selon la structure suivante :

Énoncé de la POR : Énoncé thématique présentant les tests de conformité. L'énoncé de la POR précise l'objectif et indique la ou les personnes imputables pour cet objectif.

Tests de conformité : Exigences fondées sur des données probantes décrivant ce qui est nécessaire pour mener à bien une activité particulière. Chaque test de conformité décrit la mesure à prendre et la ou les personnes qui en sont imputables.

Conseils : Renseignements et données probantes additionnels visant à appuyer la mise en place de chaque test de conformité. Même si les conseils éclairent et renseignent, l'information qu'ils véhiculent ne fait pas partie des exigences.

Critères à priorité élevée :

Les critères à priorité élevée portent sur la sécurité, l'éthique, la gestion des risques et l'amélioration de la qualité. Leur pondération est plus élevée dans les directives relatives à l'attribution du statut d'agrément.

Critères à priorité normale :

Les critères qui ne portent pas sur des thèmes de priorité élevée sont considérés comme des critères à priorité normale.



Dimensions de la qualité

Le cadre conceptuel de la qualité de HSO comporte huit dimensions de la qualité qui jouent un rôle dans la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans tous les secteurs des soins de santé et des services sociaux. Ces dimensions forment la base des normes, en vertu desquelles chaque exigence (critère) est liée à l'une des huit dimensions de la qualité. Ainsi, l'orientation fondamentale de chaque critère est claire, et les utilisateurs du manuel d'évaluation comprennent son objectif.

Voici les dimensions de la qualité qui sous-tendent le cadre conceptuel de la qualité :

Accent sur la population : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.

Accessibilité : M'offrir des services équitables, en temps opportun.

Sécurité : Assurer ma sécurité.

Qualité de vie au travail : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi.

Services centrés sur l'utilisateur : Collaborer avec moi et mes proches dans le cadre des soins.

Continuité des services : Coordonner mes soins dans le continuum de soins.

Pertinence : Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.

Efficience : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

Glossaire

Vous trouverez ci-dessous une liste de termes et définitions qui sont utilisés dans ce manuel d'évaluation.

bien-être. État de satisfaction globale de la vie qui comprend la présence d'émotions et d'humeurs positives, l'absence d'émotions négatives, la satisfaction à l'égard de la vie, l'épanouissement et le fonctionnement positif. L'état de bien-être intègre le bien-être physique, économique, social, émotionnel, psychologique, intellectuel et spirituel. (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

champ opératoire. Zone entourant le site d'incision ou de perforation d'un tissu, ou le site d'introduction d'un instrument dans un orifice corporel qui a été préparé pour une intervention invasive. Cette zone comprend toutes les aires de travail, le mobilier et l'équipement recouverts de champs stériles ainsi que toute la main-d'œuvre vêtue de tenue stérile. (Association of periOperative Registered Nurses, 2023).

champ stérile. Draps chirurgicaux utilisés lors d'interventions invasives ou chirurgicales en vue d'éviter tout contact avec des surfaces non préparées et pour maintenir la stérilité des surfaces environnementales, de l'équipement et de l'environnement de l'utilisateur (OMS). Les champs stériles constituent une barrière qui permet de réduire au minimum le passage des micro-organismes des zones non stériles aux zones stériles et réduisant par conséquent le risque d'infections nosocomiales (Association of periOperative Registered Nurses, 2023).

cheminement clinique. Outil ayant pour but de traduire les recommandations issues de lignes directrices en un processus clinique adapté aux particularités de l'établissement, de ses pratiques organisationnelles et de sa culture. Le cheminement clinique est un plan structuré des soins multidisciplinaires qui détaille les étapes d'un traitement ou d'un soin ou service, et peut prendre la forme d'un plan, une trajectoire, un arbre décisionnel, une ligne directrice, un protocole ou tout autre série d'actions organisées. Il vise à normaliser les soins et services pour un problème clinique spécifique, une procédure ou un épisode de soins de santé dans une population spécifique.

cheminement de l'utilisateur. Parcours de l'utilisateur, tout au long du continuum de soins et services, qui débute dès la demande à la prestation des soins et services. Ceci inclut les points de transition afin d'assurer qu'il reçoive les bons soins et services, au bon endroit et au bon moment. Le cheminement d'un utilisateur fait intervenir des soins et services, des ressources, une prise de décision et nécessite aussi d'avoir des systèmes internes appropriés en place. (Hall, 2006).

consentement éclairé. Permission donnée pour la prestation de soins et services, le soutien ou la participation à une activité. Le consentement doit être donné volontairement, avec une pleine compréhension des avantages, des risques et d'autres options. Il peut être implicite ou spécifiquement exprimé, oralement ou par écrit. La situation déterminera l'approche requise. Le consentement

implicite peut être déduit du comportement de l'utilisateur (Association canadienne de protection médicale, 2021).

continuité des soins et services. Offre coordonnée, ininterrompue et sans faille de services de soins de santé tout au long de la transition de l'utilisateur vers un nouveau modèle de soins au fur et à mesure qu'il vieillit ou que ses besoins évoluent.

directives médicales anticipées. Forme d'expression des volontés de soins en prévision de l'incapacité à consentir à des soins et services qui découlent de la Loi concernant les soins de fin de vie. Plus précisément, les directives médicales anticipées consistent en un écrit par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins et services indique à l'avance les soins médicaux qu'elle accepte ou refuse de recevoir dans le cas où elle deviendrait incapable à consentir à des soins et services dans des situations cliniques précises. Les directives médicales anticipées ont une valeur contraignante; c'est-à-dire que les professionnels de la santé qui y ont accès ont l'obligation de les respecter.

dispositif médical. Article, instrument, appareil ou machine, utilisé aux fins de diagnostic, de traitement, de soins et services ou de prévention d'un problème de santé. Les dispositifs médicaux vont du simple thermomètre aux instruments chirurgicaux complexes et aux dispositifs implantables et sont classés comme critiques, semi-critiques ou non critiques. Les bistouris, les orthèses, les tomodensitomètres, les stimulateurs cardiaques, les seringues, les cathéters, les implants mammaires ainsi que les condoms sont des exemples de dispositifs médicaux. Les médicaments sont toutefois exclus de cette catégorie.

en temps opportun. Qui se produit dans un délai acceptable qui demeure pertinent et approprié.

équipe. Groupe de personnes collaborant en vue de répondre aux objectifs de soins et services, aux capacités et aux préférences de l'utilisateur. L'équipe comprend l'utilisateur, sa ou ses personnes proches aidantes si l'utilisateur le souhaite, et les membres de la main-d'œuvre intervenant dans ses soins et services, incluant les apprenants. L'utilisateur peut aussi choisir d'inclure des pairs aidants dans l'équipe. Enfin, lorsque l'utilisateur n'a pas la capacité de prendre une décision en matière de soins et services, son mandataire agit en son nom et est également un membre actif de l'équipe.

équipement médical. Appareil, dispositif ou matériel médical non invasif utilisé dans le cadre de la prestation de soins et services qui entre en contact avec la peau intacte d'un utilisateur. Il s'agit par exemple des fauteuils roulants, des stéthoscopes, des pompes à perfusion et des commodes.

équité en matière de santé. Absence de système ou de politique inéquitable qui cause des inégalités en santé. L'équité en santé vise à réduire les inégalités et à accroître l'accès aux possibilités et aux conditions qui favorisent la santé de tous (Gouvernement du Canada, 2023). L'équité en matière de santé signifie que les gens ont une chance équitable d'atteindre leur meilleur état de santé possible.

état de santé. État global d'un individu, considéré sous ses dimensions physique, psychologique, et sociale, et influencé par les déterminants sociaux, économiques, environnementaux, et comportementaux. Cette notion transcende l'absence de maladie ou de trouble, en mettant l'accent sur le bien-être général et l'équilibre des différentes sphères de la vie.

évaluation. Processus complet, fondé sur des données probantes, qui utilise des outils d'aide à la décision clinique pour identifier les besoins et les symptômes en matière de santé. Les évaluations aident les équipes à élaborer des plans de soins et services individualisés et à prodiguer le type de soins et services approprié.

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.

inégalités en matière de santé. Différences socialement construites, injustes et évitables dans les possibilités qu'ont les groupes de personnes à atteindre une santé optimale. Les inégalités en matière de santé proviennent de « dimensions de l'identité et de la situation sociales qui organisent ou « structurent » l'accès différentiel aux possibilités de santé. Il s'agit notamment de l'origine ethnique, du genre, de l'orientation sexuelle, de l'emploi et du statut socio-économique, de la déficience et du statut d'immigrant, de la géographie, etc. » (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017).

intervention. Ensemble organisé d'actions délibérées mises en œuvre dans un environnement spécifique et dirigées vers une personne, une sous-population ou une population donnée. L'intervention vise à influencer positivement l'état de santé, à promouvoir le bien-être, ou à soutenir l'utilisateur. Elle peut également prévenir, diagnostiquer, traiter ou atténuer une condition ou un problème de santé ou social, tout en tenant compte des diversités culturelles, linguistiques et sociales. Selon sa complexité, une intervention peut inclure des techniques, des pratiques, des programmes, ou des politiques, et implique divers acteurs ainsi que des processus structurés.

main-d'œuvre. Tous ceux qui travaillent au sein d'un établissement ou en son nom, au sein d'une ou de plusieurs équipes, y compris les personnes salariées et rémunérées à l'heure, les employés temporaires ou contractuels, les employés des domaines cliniques et non cliniques, les médecins, les professionnels de la santé réglementés et non réglementés et tous les employés de soutien qui offrent des soins et services pour l'établissement.

mandataire. Personne qui est légalement désignée pour prendre une décision en matière de soins et services pour un usager si ce dernier est incapable de la prendre pour lui-même. Selon le territoire de compétence, le mandataire peut être désigné par d'autres termes, tels que représentant des soins et services de santé, curateur, tuteur personnel ou procureur aux soins personnels.

mesure de contrôle. Mesure physique, chimique, ou d'isolement qui exerce une maîtrise sur les mouvements, le comportement ou la mobilité d'un usager. L'utilisation et les définitions des mesures de contrôle peuvent varier selon le territoire de compétence et le type de population.

outil d'aide à la décision clinique. Outil qui fournit aux équipes, aux usagers ou aux mandataires des informations fondées sur les données probantes pour faciliter la prise de décision. Cet outil vise à améliorer la qualité des soins et services en limitant les variations inattendues par une approche standardisée et ainsi diminuer les incidents liés à la sécurité des usagers. L'outil d'aide à la décision clinique peut être disponible sur diverses plateformes.

pair aidant. Personne ayant vécu une expérience similaire à celle de l'usager et qui offre un soutien personnalisé basé sur ses connaissances et son vécu. Ce soutien vise à répondre aux objectifs, préférences, et besoins de l'usager, tout en restant adapté à son contexte spécifique. Le pair aidant joue un rôle complémentaire au sein de l'équipe de soins et services, en partageant son expérience et en offrant une perspective unique qui contribue à l'autonomisation et au bien-être de l'usager.

partenaire. Organisation avec laquelle une autre organisation collabore pour atteindre des objectifs en commun. Par organisation on entend ici un groupement, régi ou non par des institutions, ayant une mission particulière. Un partenaire peut désigner une organisation, une entreprise, une association, un syndicat ou diverses entités. Le partenaire se distingue d'une partie prenante ordinaire, de par les relations bilatérales opérationnelles et étroites que les deux parties entretiennent entre elles. Ces partenaires sont des organisations autres que des ministères, des organismes gouvernementaux et des directions du MSSS. Publics ou privés, ces organisations partenaires sont engagées à divers degrés, selon leur mission, leurs intérêts et leurs capacités respectives. Elles peuvent bénéficier des actions réalisées et participer à la mobilisation qu'elles suscitent.

partie prenante. Partie considérée en lien avec une organisation dans l'accomplissement de ses responsabilités, à laquelle on présente l'information pertinente relative à ses opérations ou à ses activités. La partie prenante peut désigner une organisation, un établissement, une personne comme un usager, une personne proche aidante ou un gestionnaire, ou un groupe comme la main-d'œuvre ou les partenaires selon le cas. Les parties prenantes comprennent les responsables, les collaborateurs et les partenaires.

personne proche aidante. Personne ou groupe de personnes choisi par un usager pour participer à ses soins et services, tels qu'ils sont dispensés par l'équipe. Un usager a le droit d'inclure ou non une personne proche aidante dans tout aspect de ses soins et services. Un usager a également le droit de remplacer une personne proche aidante par une autre à tout moment ou décider qu'il ne souhaite plus être accompagné.

péri-interventionnelle. Période englobant une intervention et qui comprennent généralement des soins et services intégrés, multidisciplinaires et centrés sur l'usager, depuis le moment où l'intervention est envisagée jusqu'à son congé. Cette période inclut les événements planifiés ou imprévus, survenant

avant, pendant ou après une intervention, ainsi que les actes effectués durant celle-ci, tels que l'anesthésie, la surveillance, les traitements, les examens, ou les accidents.

Plan d'action régional (PAR) de santé publique. Dispositif prévu par la Loi sur la santé publique pour définir l'ensemble de l'offre du programme-services de santé publique pour une région géographique desservie par une Direction de santé publique, selon les dispositions du Programme national de santé publique en vigueur.

plan de soins et services individualisé. Plan de soins et de services élaboré en collaboration avec l'utilisateur et les personnes proches aidantes. Ce plan est établi en fonction des objectifs, capacités et préférences de l'utilisateur. 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. Le plan de soins et services individualisé est élaboré selon les antécédents de l'utilisateur, les évaluations en cours, les résultats de diagnostic, et les plans antérieurs.

plan intégré d'amélioration de la qualité. Ensemble consigné d'engagements en matière de la qualité pris annuellement par un établissement. Élaboré en collaboration avec les équipes, ce plan documente une série d'étapes visant à améliorer la qualité des soins et des services. Il comprend les objectifs à atteindre et les indicateurs de mesures ainsi que les actions qui seront entreprises.

politique. Document qui présente les règlements administratifs et les procédures d'offrir des soins et services de qualité et sécuritaire au sein de l'établissement. Les rôles et les responsabilités sont précisés et doivent être respectés par l'ensemble de la main-d'œuvre.

population. Groupe de personnes, vivant souvent dans une région géographique définie (Centre OMS pour le développement sanitaire, 2004).

pratique. Activité réalisée dans un établissement de soins et services en présence d'un usager ou au nom d'un usager dans le cadre de ses soins et services.

procédure. Série d'étapes documentées pour offrir des soins et services de qualité et sécuritaire, qui se rattache généralement à une politique. Les procédures sont normalisées et fondées sur des données probantes.

processus. Série d'étapes qui ne sont pas nécessairement documentées pour effectuer une tâche.

programme. Ensemble cohérent et structuré d'actions mises en œuvre par une organisation afin d'atteindre des objectifs déterminés.

qualité de vie. Sentiment de bien-être d'une personne et ses expériences dans la vie dans le contexte de sa culture et de ses systèmes de valeurs et par rapport à ses objectifs, ses attentes et ses préoccupations. La qualité de vie est un concept très large qui est affecté de manière complexe par la santé physique d'une personne, son état psychologique, ses croyances personnelles et spirituelles,

ses préoccupations existentielles, ses relations sociales et sa relation avec les caractéristiques saillantes de son environnement (Organisation mondiale de la santé, 2019 ; Cohen et coll., 2016).

régulièrement. À intervalles constants. L'établissement définit les intervalles appropriés pour diverses activités en fonction des meilleures connaissances dont il dispose et respecte ces échéanciers.

repérage. Processus bref, fondé sur des données probantes, dans lequel les équipes utilisent un problème normalisé pour identifier rapidement les symptômes possibles chez l'utilisateur qui peuvent nécessiter une évaluation plus approfondie.

ressources. Ensemble des moyens humains, financiers, matériels, informationnels ou technologiques nécessaires pour assurer une prestation de soins et services sécuritaires et de qualité.

sécurisation culturelle. Résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé et s'efforce d'y remédier. Il en résulte un environnement exempt de racisme et de discrimination, où les gens se sentent en sécurité lorsqu'ils reçoivent et prodiguent des soins et services et interagissent avec le système de santé (Régie de la santé des Premières Nations, 2016). Un environnement culturellement sécuritaire en est un qui est physiquement, socialement, émotionnellement et spirituellement sécuritaire, sans obstacle, ignorance ou déni de l'identité d'une personne (Turpel-Lafond, 2020). Pour pratiquer la sécurisation culturelle, il faut connaître les événements coloniaux, sociopolitiques et historiques qui déclenchent les disparités en matière de santé et perpétuent et maintiennent le racisme et les inégalités de traitement (Allan et Smylie, 2015).

soins centrés sur la personne. Approche fondée sur la philosophie des soins centrés sur la personne qui assure que l'utilisateur est un partenaire et un participant actif dans ses soins et que les objectifs, les capacités et les préférences de l'utilisateur déterminent la prise de décision pour les soins.

soins fondés sur la mesure. « Processus d'utilisation systématique de la mesure des résultats pour guider les décisions en matière de soins. Les soins fondés sur la mesure sont équivalents à la mesure de la pression artérielle lors du traitement de l'hypertension et à la mesure de la glycémie et de l'hémoglobine A1c lors du traitement du diabète. En psychiatrie, [les soins fondés sur des mesures] sont réalisés en utilisant des échelles d'évaluation validées pour mesurer les résultats, notamment les symptômes, les effets secondaires, le fonctionnement et la qualité de vie » (University of British Columbia, 2021).

soins holistiques. Approche globale et individualisée des soins et services qui considère que la santé et le bien-être physique, mental, social et spirituel d'un usager sont interconnectés. Cette approche reconnaît l'interaction entre les modes de vie individuels et les déterminants sociaux et environnementaux plus larges de la santé, notamment le revenu, l'éducation, l'alimentation et le logement, pour produire des résultats en matière de santé. Une approche holistique des soins et services englobe le lien entre l'esprit, le corps, la société et l'environnement.

sous-groupe. Segment de la population à laquelle l'établissement fournit des soins et services et qui peut avoir des besoins uniques ou distincts dont il faut tenir compte lorsque les équipes prodiguent des soins et services. Aux fins du présent manuel, ce terme désigne les personnes à divers stades de la vie, des enfants et des jeunes aux adultes et aux personnes âgées.

soutien par les pairs. Relation de soutien entre des personnes ayant des expériences communes. Les personnes de soutien par les pairs offrent un soutien émotionnel et social, ainsi que de l'enseignement et des informations sur l'accès aux ressources nécessaires, aux usagers qui partagent leurs expériences. Les personnes de soutien par les pairs peuvent également être appelés coaches, coaches de rétablissement ou champions. Il est important que les personnes de soutien par les pairs soient correctement formées pour fournir un soutien sécuritaire. Les programmes et initiatives de soutien par les pairs peuvent être mis en œuvre de diverses manières dans différents milieux de soins.

surveillance. Processus comportemental et cognitif de collecte, d'analyse et d'interprétation systématiques d'informations réalisé en vue de poser un jugement sur l'état de santé d'un usager et d'identifier précocement toute détérioration (Dougherty (1999)). Il s'agit donc d'un processus composé d'actions qui se déploie dans le temps. Ce processus comprend ainsi l'observation, l'échange d'informations entre les différentes équipes, la comparaison et consignation des données, ainsi que l'évaluation, permettant d'anticiper et de prendre des décisions éclairées visant à réduire tout risque de complications.

trajectoire de soins et services. Cheminement d'un usager qui consiste en un ou plusieurs transferts dans un intervalle de temps donné afin d'atteindre un objectif précis. La finalité d'une trajectoire est de répondre aux besoins de l'usager tout en offrant des soins et des services accessibles, continus, pertinents et en temps opportun. Une gestion des trajectoires amène les différents acteurs du réseau à travailler ensemble à l'amélioration continue des soins et services d'un établissement.

transfert. Déplacement d'un usager d'une équipe ou d'un établissement à un autre. Les risques et les bénéfices d'un transfert doivent être bien évalués durant la phase de planification et devraient tenir compte des éléments suivants : l'évaluation complète de l'état de l'usager; l'évaluation des avantages du transfert; la mise en place du soutien nécessaire, y compris la main-d'œuvre et les ressources, pour assurer une stabilisation optimale ainsi que pour la vérification du matériel de transport.

transition de soins. Transfert en personne des soins et services entre les membres de l'équipe qui a lieu en présence de l'usager et, si l'usager le souhaite, de la ou des personnes proches aidantes qu'il a choisies. Cette approche donne à l'usager et à la ou les personnes proches aidantes la possibilité d'entendre la conversation et d'y participer, et de poser des questions sur les soins et services dispensés. Après un transfert réussi, l'usager reçoit des soins et services immédiats de la part du prestataire qui le reçoit (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017).



usager. Personne qui participe et bénéficie des systèmes de soins et services de santé à titre de coproducteur. Selon le milieu ou le contexte de prestation des soins et services, le terme « usager » peut faire référence à un patient, un résident, un client ou un membre de la communauté. Lorsqu'un établissement n'offre pas de soins ou services directement aux personnes, l'« usager » désigne la communauté ou la population qu'il dessert.



Chapitre 1: Excellence des soins et services

Contexte

TBD

1.1 Organiser les soins et services selon les besoins des personnes et des communautés visées par le programme-services

- 1.1.1 Les gestionnaires du programme-services collaborent avec la Direction de santé publique et les partenaires au processus d'élaboration du plan d'action régional de santé publique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le Plan d'action régional de santé publique (PAR), par sa portée transversale, interpelle un ensemble d'acteurs, dont les gestionnaires des différents programmes-services. Le processus d'élaboration du Plan d'action régional de santé publique est un processus participatif. Celui-ci est appuyé par les données probantes, y compris les données expérientielles. Les besoins exprimés par les différents partenaires, leurs connaissances et leurs expériences sont mises à profit. Diverses méthodes peuvent être utilisées pour promouvoir la participation des partenaires. À titre d'exemples, des enquêtes territoriales, des sondages, des groupes de discussion, des consultations publiques et des consultations auprès de citoyens ou d'usagers partenaires peuvent être réalisés. De façon générale, différents groupes de travail ou comités de concertation sont mis en place pour assurer la participation des partenaires.

- 1.1.2 Les gestionnaires du programme-services utilisent l'information sur les besoins de santé des personnes et des communautés pour élaborer l'offre de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les gestionnaires du programme-services, en collaboration avec les membres de l'équipe, prennent en compte le portrait de santé des communautés de son territoire et les besoins exprimés par les usagers et les personnes proches aidantes. Ce portrait de santé, élaboré par la Direction de santé publique, fait état des données sociodémographiques, de l'état de santé et de bien-être de la population de son territoire et de ses déterminants, soit les habitudes de vie, le niveau de scolarité, le revenu, les caractéristiques des différents milieux de vie, ainsi que l'accès aux soins et services de santé.

Les impacts des changements climatiques sur l'établissement et sur la santé de la population sont également considérés dans ces données. Ces impacts peuvent inclure des dommages aux infrastructures causés par des aléas naturels comme des tempêtes de pluie, de neige ou de verglas, des inondations, des températures extrêmes, ou des incendies de forêt et peuvent affecter l'accès aux soins et services de l'établissement.

Les gestionnaires et les membres de l'équipe bonifient l'information disponible par la collecte de nouvelles données auprès des partenaires au moyen de divers mécanismes de consultation.

Une analyse de ces données, ventilées selon les sous-groupes des communautés visées par le programme-services, ainsi qu'une analyse des soins et des services offerts sur le territoire permettront d'identifier les besoins répondus et non répondus et d'élaborer une offre de soins et services appropriée. Cette analyse est également réalisée en collaboration avec les partenaires.

- 1.1.3 Les gestionnaires du programme-services créent des partenariats afin de bien répondre aux besoins des personnes et des communautés visées par le programme-services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une équipe ne peut à elle seule répondre à l'ensemble des besoins des personnes et des communautés visées par un programme-services. Par conséquent, des partenariats sont créés pour bien répondre à l'ensemble des besoins. Ces partenariats peuvent être informels ou encore faire l'objet d'ententes formelles entre les établissements et organisations concernés. Les gestionnaires du programme-services et les membres de l'équipe créent des partenariats avec les gestionnaires des autres programmes-services ainsi qu'avec des prestataires de soins et services au sein de la communauté.



Des partenariats doivent également être créés avec des partenaires des autres secteurs d'activités tels que les services de garde à la petite enfance, le milieu scolaire, le milieu municipal et les différents milieux de travail. Les gestionnaires et les membres de l'équipe peuvent aussi établir des partenariats ou créer des liens avec des établissements régionaux ou nationaux avec l'appui des autres gestionnaires de l'établissement. Les types de partenariats peuvent varier selon les besoins des personnes et des communautés et selon l'offre de soins et services offerts par l'établissement.

1.1.4 Les gestionnaires du programme-services incarnent la vision, la mission et les valeurs de l'établissement lors du processus de prise de décision.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services sont porteurs de la vision, de la mission et des valeurs de l'établissement et doivent incarner celles-ci dans le cadre de leurs interactions quotidiennes avec les partenaires. Les gestionnaires doivent agir à titre de modèles, ce qui se traduit par des décisions et des pratiques de gestion alignées sur la mission, la vision et les valeurs de l'établissement.

Ces considérations sont prises en compte lors de la tenue des rencontres d'équipes, de l'élaboration de politiques et procédures ou de la mise à contribution des partenaires afin de s'assurer que les prises de décision sont cohérentes avec la vision, la mission et les valeurs de l'établissement.

1.1.5 Les gestionnaires du programme-services font intervenir les partenaires dans l'élaboration de l'offre de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services et les membres de l'équipe collaborent avec les partenaires pour concevoir l'offre de soins et services en fonction du portrait de santé des personnes et des communautés, et des besoins qui en découlent. À cet effet, ils collaborent avec la Direction de santé publique. Cette collaboration se fait selon une approche de soins centrés sur la personne, ce qui crée une culture d'engagement entre tous les partenaires et à partir de laquelle les usagers et les personnes proches aidantes



sont considérés comme des partenaires actifs dans le maintien et le rétablissement de leur état de santé global.

Les gestionnaires et les partenaires s'assurent d'identifier les soins et les services pertinents à offrir selon les ressources disponibles, et ce, en s'appuyant sur des données probantes. L'équipe, en particulier, s'appuie sur les rétroactions obtenues auprès des usagers et sur des sondages portant sur l'expérience vécue par ceux-ci. Les gestionnaires et les membres de l'équipe collaborent aussi avec les comités des usagers, des personnes proches aidantes, des usagers partenaires et des instances de concertation dans la communauté dans le cadre du processus de conception de l'offre de soins et services. Ils collaborent également avec la Direction de santé publique en ce qui concerne la prévention des maladies et la promotion de la santé, y compris le renforcement des capacités des communautés.

- 1.1.6 Les gestionnaires du programme-services fixent les buts et objectifs à atteindre, les soins et services à offrir ainsi que les ressources nécessaires.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services et les membres de l'équipe collaborent avec les partenaires pour fixer les buts et objectifs de l'offre de soins et services et de ses composantes. Les buts et objectifs sont liés à des soins et services précis et sont alignés avec les orientations stratégiques et les objectifs de l'établissement ainsi qu'avec les orientations et objectifs régionaux et nationaux. Les buts et objectifs sont clairs, réalistes, mesurables et planifiés dans le temps selon un échéancier défini. Les buts et objectifs sont accompagnés de résultats souhaités et d'indicateurs. Les buts et objectifs doivent entre autres prendre en compte les préoccupations au regard des pratiques sécuritaires selon une approche multifacette et ce tout au long du continuum de soins et services.

- 1.1.7 Les gestionnaires du programme-services favorisent une approche collaborative et interdisciplinaire dans la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'approche collaborative et interdisciplinaire se traduit par des soins centrés sur la personne. Elle prévoit des mécanismes pour assurer l'arrimage des pratiques entre les



prestataires de soins et services et des pratiques professionnelles normalisées. Elle tient compte des connaissances et expériences diversifiées et respecte les exigences réglementaires. L'approche tient compte des besoins des usagers et des personnes proches aidantes et de la complexité de leurs situations.

À titre de membres de l'équipe, les usagers et les personnes proches aidantes comprennent la façon dont les soins et services sont dispensés et participent aux discussions et à la prise de décisions.

Les membres de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes, comprennent et respectent les rôles et les responsabilités de chacun. L'équipe doit évoluer au fil du temps et s'adapter aux besoins changeants de l'utilisateur et des personnes proches aidantes.

1.1.8

POR

Les gestionnaires du programme-services optimisent le cheminement des usagers au sein de leur établissement.

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

1.1.8.1

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.

Conseils

Le cheminement des usagers tient compte du déplacement des personnes dans un établissement, au sein de l'établissement, à l'extérieur de l'établissement et entre les établissements. Il est essentiel de tenir compte du cheminement complet des usagers à partir du point de départ jusqu'à la fin, puisque les obstacles rencontrés à divers moments peuvent entraîner des répercussions importantes sur les autres aspects des soins ou des services.

La stratégie de cheminement des usagers de l'établissement est conçue conjointement avec les usagers, la communauté et les partenaires, sa main-d'œuvre et d'autres parties prenantes. La stratégie de cheminement des usagers intègre des perspectives inter-établissements et intra-établissements afin d'optimiser la sécurité.



Lors de la conception de la stratégie de cheminement des usagers, l'établissement doit tenir compte des éléments suivants:

- Sources de la demande. À titre d'exemples, il peut s'agir des sources provenant de l'urgence, les admissions imprévues et planifiées, les consultations externes, les soins de suivi) ;
- Tendances et volume de la demande;
- Variations de la demande;
- Disponibilité de la capacité à répondre à une demande excessive;
- Facilitateurs et obstacles au cheminement des usagers;
- Risques et conséquences d'une surcapacité. À titre d'exemple, il peut s'agir d'événements indésirables.

La stratégie de cheminement des usagers doit définir des résultats précis.

La stratégie de cheminement des usagers doit s'aligner sur les indicateurs, les mesures et les exigences de la juridiction existante.

- 1.1.8.2 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.

Conseils

Le plan d'action opérationnel identifie les stratégies utilisées par l'établissement pour prévenir et gérer de manière proactive les problèmes de cheminement des usagers, les rôles et les responsabilités des personnes impliquées dans l'action et la façon dont le changement sera mesuré.

Les rôles et les responsabilités devraient également s'étendre aux partenaires de l'établissement afin de faciliter la transition harmonieuse des usagers vers le type et le niveau de soins et service les plus appropriés. À titre d'exemples, il peut s'agir d'établissements de soins de longue durée, des soins et services à domicile, des soins et services communautaires, de réadaptation, des soins et services primaires.

Le plan d'action opérationnel identifie les cibles pour le cheminement des usagers qui sont éclairées par des données probantes, basées sur des références comparatives internes et externes, et alignées sur les pratiques optimales et les objectifs de cheminement des usagers d'établissements



comparables. Des cibles spécifiques peuvent être identifiées pour les données relatives au cheminement des usagers, comme le temps de transfert des usagers à un lit en milieu hospitalier à la suite d'une décision d'admission; la durée du séjour aux soins et services des urgences pour les usagers non admis; le transfert des usagers vers des établissements de soins de longue durée; et les temps d'attente pour la chirurgie, les soins et services à domicile, la santé mentale et les soins et services de traitement des dépendances. Les indicateurs doivent être évalués régulièrement pour s'assurer qu'ils sont pertinents.

L'établissement recueille des données sur le cheminement des usagers quant à la fréquence et la durée d'attente des usagers pour les soins et services, qui peuvent inclure des données sur les listes d'attente, la durée du séjour, les délais d'exécution des résultats de laboratoire ou d'imagerie diagnostique, les temps de placement dans la communauté ou les temps de réponse des consultants.

L'établissement améliore le cheminement des usagers en utilisant les données recueillies pour mettre en œuvre des interventions qui prennent en considération les obstacles et les fluctuations de la demande.

1.1.8.3 L'équipe met en œuvre des protocoles pour gérer efficacement le cheminement des usagers.

Conseils

En plus d'une stratégie de cheminement des usagers, l'établissement dispose de protocoles pour gérer efficacement le cheminement des usagers. Les protocoles peuvent comprendre la façon de travailler avec des établissements externes pour assurer des transitions harmonieuses et opportunes des soins et services.

Les protocoles doivent surveiller et fournir des conseils sur la façon de gérer les arrérages, les obstacles et les périodes de pointe. Dans les établissements de soins et services de courte durée, cela peut inclure les périodes de pointes des urgences et la gestion des lits. Dans les milieux communautaires, cela peut inclure la gestion de la liste d'attente, la gestion de la charge de travail et des cas, et la durée du séjour en fonction des besoins.

1.1.8.4



Les gestionnaires du programme-services s'assure qu'il existe des mécanismes pour assurer le suivi et ajuster la stratégie de cheminement des usagers.

Conseils

Les données sont recueillies en continu, les résultats sont examinés et la stratégie est mise à jour au besoin. La surveillance s'effectue en continu et les gestionnaires du programme-services sont informés de tout changement important ou soudain dans les données.

L'établissement a mis en place des initiatives d'amélioration continue de la qualité établies en fonction des cibles du cheminement des usagers.

L'instance de gouvernance est sensibilisée aux principes clés de qualité et de sécurité pour aider les membres à comprendre, surveiller et superviser efficacement la performance qualité de l'établissement.

- 1.1.8.5 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.

Conseils

Des rapports sur les progrès réalisés quant à la stratégie de cheminement des usagers sont régulièrement mis à disponibilité.

La diffusion des données comprend notamment le partage d'expériences avec d'autres établissements de santé et de services sociaux afin d'offrir des occasions d'apprentissage les uns des autres.

- 1.1.9 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les membres de l'équipe ont accès à de l'information sur les soins et services offerts dans les autres programmes-services et dans la communauté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Considérant sa portée transversale, les gestionnaires portent une attention particulière au Plan d'action régional de santé publique. Il peut s'agir de soins et services par un même programme-services ou par d'autres différents au sein de l'établissement ou au sein de la communauté, incluant les services de télésanté. L'information peut viser la promotion des soins et services, la prévention, les ressources d'aide et de soutien, le traitement, la réadaptation, l'hébergement ou les soins et services de fin de vie. L'information peut être présentée sous forme d'index de ressources précisant entre autres la nature des services et les modalités d'accès, et est adaptée aux clientèles ciblées.

Lors de l'élaboration du contenu et des stratégies de communication de l'information aux usagers et aux personnes proches aidantes, le niveau de compréhension, le niveau d'alphabétisation, la langue, les capacités et les diversités culturelles sont pris en compte.

1.1.10 Les gestionnaires du programme-services mettent en œuvre des trajectoires de soins et de services fluides et efficaces en collaboration avec les partenaires.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Des trajectoires de soins et de services optimales améliorent l'expérience de soins et services de l'utilisateur et assurent une meilleure performance du programme-services en matière d'efficacité et d'efficacités. Le fondement de la gestion par trajectoires de soins et de services repose sur la capacité de l'établissement à offrir le bon soins et service, au bon moment et par la bonne personne.

Dans une perspective d'amélioration de la qualité, d'accès et de continuité des soins et des services, les gestionnaires du programme-services définissent des trajectoires de soins et services appuyés sur les données probantes. Le parcours optimal est défini en collaboration avec les membres de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes, ainsi qu'avec les partenaires.

Les trajectoires liées au programme-services répondent aux besoins et aux attentes des usagers. Elles définissent le cheminement des usagers tout au long du continuum de soins et services en fonction de tableaux cliniques, des durées requises de soins et services et des délais d'intervention acceptables. Des objectifs et des indicateurs précis sont définis afin de mesurer la pertinence et l'efficacité des trajectoires. Les



gestionnaires et les membres de l'équipe mobilisent l'ensemble des prestataires de soins et services afin de concevoir des trajectoires optimales selon les champs de pratiques et l'expertise de chacun. Les trajectoires de soins et de services sont mises en œuvre, les objectifs et les indicateurs sont suivis et les actions sont ajustées au besoin.

Les trajectoires de soins et services peuvent inclure les services de télésanté. Les soins et services prodigués par cette modalité figure dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur. La prestation des soins et services de télésanté est soumise aux mêmes normes de soins que les services de santé en présentiel. Les usagers comprennent qu'ils ont le droit de cesser l'utilisation des soins et services de télésanté et de choisir un plan de soins et services individualisé de rechange comme un service en personne avec un membre de la main-d'œuvre. Le consentement de l'utilisateur est obtenu avant toute offre de soins et services de télésanté, conformément à ses droits. Toutes les informations pertinentes relatives aux soins et services de télésanté sont consignées dans le dossier de santé l'utilisateur, conformément à la réglementation.

- 1.1.11 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'information sur les soins et services est accessible aux usagers et aux personnes proches aidantes pour leur permettre de participer activement à la trajectoire de soins et de services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'information fournie porte sur les soins et services offerts par l'établissement; les coûts pour l'utilisateur, le cas échéant; la façon d'accéder aux soins et services; les coordonnées des personnes-ressources ainsi que les numéros d'urgence. L'information porte sur l'ensemble de la trajectoire de soins et de services, à qui elle s'adresse et les moyens pour y accéder.

Une attention particulière est portée afin d'offrir une information claire et accessible aux personnes les plus vulnérables. Le cas échéant, les services d'une personne-ressource peuvent être offerts pour aider l'utilisateur et les personnes proches aidantes à s'orienter dans le système de soins et de services de santé.

Les gestionnaires du programme-services et les membres de l'équipe collaborent avec les partenaires afin de déterminer l'information appropriée et les outils de communication à utiliser. Ils utilisent diverses méthodes d'évaluation afin de s'assurer que l'information fournie répond aux besoins des clientèles ciblées.



- 1.1.12 Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que des services de traduction et d'interprétation soient disponibles en temps opportun pour répondre aux besoins des usagers.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les services de traduction et d'interprétation sont importants pour maintenir la communication, faire participer les usagers et favoriser le consentement éclairé.

La prestation de services de traduction et d'interprétation en temps opportun respecte les principes d'équité et contribue à créer des environnements psychologiquement sécuritaires qui peuvent renforcer davantage l'autonomie des usagers et, par conséquent, favoriser les soins et services centrés sur la personne. Le fait que les usagers ne peuvent pas communiquer dans la langue de leur choix peut entraîner des conséquences sur les résultats de leurs soins et services. Il est important de reconnaître que les usagers et les personnes proches aidantes qu'ils ont choisies pour participer à leurs soins et services peuvent avoir des besoins de communication différents lorsqu'ils accèdent à ceux-ci.

- 1.1.13 Les gestionnaires du programme-services mettent en œuvre des initiatives permettant d'éliminer les obstacles à l'accès aux soins et services en collaboration avec les partenaires.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services et les membres de l'équipe collaborent avec les partenaires concernées par l'offre de soins et services pour identifier les obstacles à l'accès. Ainsi, un processus permet aux membres de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes, de cerner les obstacles qui limitent l'accès aux soins et services offerts et précise comment les communiquer.

Les obstacles qui empêchent les usagers d'accéder aux soins et services comprennent les enjeux liés au coût des soins et services, la disponibilité, l'accessibilité, la situation géographique, la langue, la stigmatisation, la discrimination et le manque de sécurisation culturelle lors des soins et services.



Les gestionnaires et les membres de l'équipe collaborent avec les partenaires afin d'informer les autorités compétentes des obstacles à l'accès, proposer des solutions pour réduire voir éliminer ceux-ci et, le cas échéant, mettre en œuvre les mesures qui sont à leur portée.

- 1.1.14 Les gestionnaires du programme-services s'assurent de l'utilisation de données probantes pour guider le choix des lignes directrices pour la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services et les membres de l'équipe utilisent le processus normalisé de l'établissement pour guider le choix des lignes directrices éclairées par des données probantes afin d'améliorer la qualité des soins et des services. Des responsables sont désignés et des rôles sont définis afin d'assurer la vigie des bonnes pratiques émergentes et l'intégration de celles-ci au sein du milieu de soins.

Le processus s'appuie sur une approche collaborative. Les membres de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes, participent activement à la revue des lignes directrices éclairées par des données probantes sur lesquelles les soins et services reposent. Bien que les usagers et les personnes proches aidantes ne participent pas à une évaluation technique ou scientifique des lignes directrices, leurs points de vue en matière d'expérience vécue de soins et services sont essentiels à la revue de celles-ci.

Selon la nature des soins et des services, le processus peut comprendre, sans s'y limiter, une analyse documentaire approfondie, une analyse du milieu de soins, une consultation auprès d'autres établissements au sujet de leurs pratiques ainsi qu'une évaluation avec les partenaires. Ainsi, le processus permet l'adoption de lignes directrices d'autres établissements, d'ordres professionnels ou de celles recommandées par des experts en la matière et des sociétés savantes.

- 1.1.15 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les membres de l'équipe respectent les lignes directrices et les protocoles cliniques lors de la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Le processus normalisé de l'établissement pour le choix des lignes directrices et des protocoles cliniques doit être associé à différents mécanismes permettant d'assurer leur intégration par les équipes cliniques concernées. Les gestionnaires du programme-services sont responsables de la mise en place de conditions favorables à la mise en œuvre des pratiques de façon systématique et continue.

Ces nouvelles pratiques peuvent prendre différentes formes et entraîner des conséquences sur différents aspects de la pratique. Des critères précis portent sur l'utilisation de nouveaux outils d'évaluation et d'aide à la décision clinique, de nouvelles échelles de mesure de risques, de nouveaux logiciels de gestion clinique, de l'introduction de nouveaux équipements médicaux ou d'un nouveau cadre réglementaire.

Différentes stratégies d'intégration peuvent être utilisées. Il peut s'agir de formation en présentiel ou en ligne incluant une autoévaluation, un accompagnement de l'équipe sur le terrain par un intervenant expert, la réalisation d'audits périodiques pour mesurer le niveau d'intégration des pratiques au quotidien et l'identification de pistes d'amélioration, le cas échéant. Le soutien par les pairs s'inscrit parfaitement dans une approche collaborative et interdisciplinaire.

- 1.1.16 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les membres de l'équipe intègrent des outils d'aide à la décision clinique au sein de leurs pratiques.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Outre l'information et la formation offerte aux équipes concernant les outils d'aide à la décision clinique, les gestionnaires du programme-services doivent mettre en place des mécanismes permettant de veiller à leur intégration et d'intervenir si les pratiques ne sont pas systématisées.

L'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique permet d'assurer la conformité des pratiques, réduit au minimum les chevauchements de soins et services inutiles et améliore le travail d'équipe tout en favorisant la qualité des soins et des services et la sécurité de l'utilisateur. L'utilisation de ces outils par l'ensemble des équipes concernées de l'établissement favorise une harmonisation des pratiques, ainsi que l'efficacité et l'efficacité.

Les outils d'aide à la décision clinique sont utilisés pour soutenir les décisions de l'équipe en matière de soins et services précis à offrir à l'utilisateur selon un ensemble de



paramètres cliniques. Considérant l'importance de la sécurité des usagers pendant la prestation de soins et services, les outils d'aide à la décision clinique visant les pratiques sécuritaires tel le repérage pour la prévention du suicide, la prévention des chutes et l'intégrité de la peau font partie intégrante de la trousse d'outils utilisés. Ces outils peuvent prendre la forme de protocoles cliniques ou de systèmes de technologie de l'information conçus pour aider les prestataires de soins et services à prendre des décisions cliniques éclairées.

Une formation est offerte aux membres de l'équipe concernés afin qu'ils puissent utiliser les outils de façon adéquate et pertinente et connaître les incidences potentielles de ne pas y recourir lors des pratiques au quotidien. Des personnes-ressources professionnelles peuvent être mandatées afin d'apporter un soutien clinique à l'intégration de ces outils, conformément à une approche collaborative et interdisciplinaire. Des activités d'évaluation du niveau d'intégration des outils d'aide à la décision clinique peuvent prendre la forme de revue des dossiers santé des usagers ou d'audits.

- 1.1.17 Les gestionnaires du programme-services mettent en place un processus de revue des lignes directrices et des protocoles éclairés par les données probantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le processus de revue est rigoureux et effectué de façon périodique afin de mettre à jour les lignes directrices et les protocoles cliniques. Il permet d'évaluer la pertinence des lignes directrices et des protocoles cliniques ainsi que leur adéquation avec les nouvelles pratiques émergentes. Le processus de revue permet aussi de s'assurer que les lignes directrices et les protocoles actuels favorisent toujours l'harmonisation des pratiques et la qualité et la sécurité des soins et des services. Le processus de revue s'appuie sur l'analyse documentaire, la consultation des pairs, les données expérientielles provenant des usagers et l'analyse des dernières recommandations des experts et des sociétés savantes.

- 1.1.18 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les membres de l'équipe respectent la procédure organisationnelle en lien avec la gestion des plaintes des usagers et des personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

La reconnaissance des plaintes reçues par les gestionnaires du programme-services et les équipes concernant les expériences des usagers et des personnes proches aidantes ainsi que la réponse rapide à celles-ci favorise un environnement sécuritaire et soutient les pratiques d'amélioration continue de la qualité. Les plaintes peuvent provenir des usagers, des personnes proches aidantes, de la main-d'œuvre, ou d'autres personnes. Les plaintes peuvent être communiquées verbalement ou par écrit, y compris par voie électronique.

Les gestionnaires, en collaboration avec le commissaire aux plaintes de l'établissement, traitent les plaintes en temps opportun, favorisent des échanges positifs et proposent des résolutions efficaces. Le traitement des plaintes en temps opportun favorise l'identification de la source du problème et permet de mettre en place des actions correctives rapidement pour régulariser la situation. Lors de la réception d'une plainte, les gestionnaires communiquent un calendrier clair à la personne concernée afin de l'informer du temps estimé requis pour l'examen et l'enquête de la plainte.

Les gestionnaires s'assurent que les équipes, les usagers et les personnes proches aidantes connaissent la procédure pour déposer des plaintes, les mesures à prendre pour les traiter et la manière dont elles seront résolues en temps opportun. Permettre le dépôt de plaintes de façon anonyme et traiter celles-ci de manière confidentielle contribue à assurer que ceux qui déposent une plainte sont protégés contre les représailles. Les réponses aux plaintes sont rapides et documentées conformément aux procédures de l'établissement.

Les informations sur le dépôt de plaintes sont communiquées au moyen de dépliants, du site Web de l'établissement ou lors de conversations régulières avec les usagers et les personnes proches aidantes. Une fois la plainte traitée, les gestionnaires suivent la procédure pour informer la personne qui a déposé la plainte ainsi que les autres personnes concernées de ce fait.

1.1.19

POR

Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'équipe dispose des compétences requises pour adhérer aux procédures organisationnelles sur le repérage, l'évaluation, l'intervention requise, le plan de sécurité et le suivi approprié de l'utilisateur afin de prévenir le suicide.

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

1.1.19.1



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.

Conseils

L'équipe effectue régulièrement des vérifications de sécurité de l'environnement physique afin de réduire les risques pour les usagers, les personnes proches aidants et la main-d'œuvre, quel que soit le milieu de soins. Les usagers et leurs personnes proches aidantes participent à l'identification des risques et à la détermination des mesures à prendre afin d'assurer leur sécurité, quel que soit le milieu de soins. Le plan de sécurité individualisé doit inclure des mesures particulières à l'usager afin de réduire les risques.

Les vérifications de sécurité sont effectuées de manière transparente et les résultats sont mis à la disposition des parties prenantes concernées. L'équipe travaille au maintien d'un environnement sécuritaire pour tous.

- 1.1.19.2 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.

Conseils

La formation et l'enseignement sont fondamentaux afin de permettre à une équipe de procéder au repérage, à l'évaluation et à la planification de la sécurité pour la prévention du suicide, y compris la planification des soins et services pour les populations présentant un risque suicidaire. Il est important d'avoir les compétences, les comportements et les attitudes appropriés, afin d'évaluer le risque suicidaire, réaliser les interventions appropriées et fournir des soins et services de postvention.

L'équipe reçoit une formation sur la sécurisation culturelle afin de fournir des soins et services de prévention du suicide et de soutien qui correspondent aux objectifs, aux capacités et aux préférences de la population qu'elle dessert.

- 1.1.19.3 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.

Conseils

L'équipe effectue un repérage du risque suicidaire comme étape initiale afin de déterminer la nécessité de poursuivre avec une évaluation du risque suicidaire et une intervention. Elle met ensuite en œuvre le suivi approprié en cas d'un résultat positif.

Les informations recueillies lors du repérage du risque suicidaire sont consignées dans le dossier santé de l'usager afin que les membres appropriés de l'équipe puissent facilement y accéder.

Les outils de repérage du risque suicidaire sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins dans lequel le repérage est effectué. Dans certains milieux de soins, le repérage universel, c'est-à-dire le repérage de tous les usagers qui sont en contact avec l'établissement, peut être approprié lorsqu'il s'agit d'identifier ceux qui ne se seraient pas autrement identifiés comme suicidaires ou présentant un risque de suicide. Cependant, le repérage sélectif des usagers présentant des signes avant-coureurs ou des facteurs de risque suicidaire ou qui sont en détresse physique ou mentale peut être plus approprié dans d'autres milieux.

- 1.1.19.4 Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que l'équipe oriente les usagers dont le résultat au 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.

Conseils

Lorsque le résultat obtenu lors du repérage indique un risque de suicide, l'usager est maintenu en sécurité, une évaluation du risque suicidaire est effectuée en temps opportun et un plan de sécurité est élaboré avec ce dernier. L'équipe peut orienter l'usager vers une personne qui détient les compétences requises, au sein ou à l'extérieur de l'établissement, afin qu'elle procède à une évaluation du risque suicidaire. Cette personne est un membre compétent de l'équipe qui possède les compétences, les attitudes et les comportements nécessaires afin d'effectuer l'évaluation du risque suicidaire. L'équipe suit les lignes directrices appropriées pour



orienter les cas vers l'expert en la matière, en veillant à ce que le processus soit opportun et exhaustif, et qu'il soit basé sur le niveau de risque identifié lors du repérage.

Le risque suicidaire est plus élevé lors des transitions de soins et services et constitue un obstacle possible à la prestation de soins et services sécuritaires. Lorsqu'une transition de soins et services est nécessaire, l'équipe s'assure que les informations pertinentes aux soins et services de l'utilisateur sont communiquées efficacement. Il existe un risque pour la sécurité lors de la transition des soins et services lorsque les informations pertinentes ne sont pas transférées de manière appropriée.

- 1.1.19.5 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.

Conseils

En fonction du résultat du repérage ou de l'évaluation du risque suicidaire, l'équipe élabore un plan de sécurité individualisé pour la prévention du suicide qui :

- Inclut les raisons de vivre (« Qu'est-ce qui est important pour l'utilisateur? »);
- Est culturellement sécuritaire;
- Tient compte des comportements imminents qui peuvent causer un préjudice à soi-même ou à autrui;
- Identifie les signes avant-coureurs propres à la personne;
- Assure que la personne reçoit les soins et services dans le milieu le plus sécuritaire;
- Identifie le proche aidant, ou le prestataire de soins et services le plus pertinent à appeler en cas d'urgence ou lorsque qu'une assistance est nécessaire;
- Fournit des informations sur l'accès aux ressources locales en cas de crise;
- Met l'accent sur la réduction de l'accès aux moyens létaux (pouvant inclure les surdoses de médicaments, les produits chimiques dangereux et les armes).

Le plan de sécurité individualisé est fondé sur les besoins et le niveau de risque de l'utilisateur et peut inclure une recommandation de transition des



soins et services. L'objectif sous-jacent du plan de sécurité est d'assurer le soutien continu et la sécurité de l'utilisateur.

Le plan de sécurité individualisé est documenté et partagé avec l'utilisateur et les membres appropriés de l'équipe et peut être accessible aux personnes proches aidantes ou au contact actif avec le consentement de l'utilisateur. Le plan de sécurité individualisé comprend toute planification de la transition des soins et services. Le plan de sécurité individualisé est régulièrement réévalué. Lorsque cela est possible et cohérent avec le milieu de soins, le plan d'intervention inclut un objectif de rétablissement de l'utilisateur qui vise une atténuation des idées suicidaires récurrentes.

1.1.20

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.

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les services de santé et de services sociaux offerts au domicile d'un usager présentent des défis pour les usagers, les personnes proches aidantes, les familles et les membres de l'équipe. Ces défis comprennent les caractéristiques distinctes du domicile de chaque usager, la présence intermittente des membres de l'équipe et le rôle assumé par les familles, les personnes proches aidantes ou par d'autres partenaires dans la prestation de soins et services.

Une évaluation des risques à domicile et les actions qui s'en suivent peuvent améliorer la sécurité des usagers, des personnes proches aidantes, des familles et des membres de l'équipe qui participent à la prestation de soins et services. L'évaluation est effectuée dans le cadre d'un plan de transition d'un milieu de soins et services au domicile de l'utilisateur ou pour des soins et services à domicile offerts dans le cadre d'un plan d'intervention spécifique. Cette évaluation, réalisée à partir d'une grille d'évaluation des risques à domicile, s'appuie sur les informations transmises par l'utilisateur et les personnes proches aidantes ainsi que sur les observations en contexte réel et le jugement clinique des membres de l'équipe.

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.



Test(s) de conformité

- 1.1.20.1 Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début de la planification des soins et services.
- 1.1.20.2 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:
- les risques liés à l'état de santé physique et mentale de l'usager tels que la prise de médicaments, les troubles de santé ou les situations sociales nécessitant plus de surveillance et la présence de déficiences;
 - les risques liés aux soins de base tels que les soins d'hygiène, l'entretien domestique et la préparation des repas;
 - les risques liés à l'isolement social; les risques de chutes;
 - les risques liés aux expositions chimiques et biologiques ainsi que ceux liés aux incendies;
 - la capacité à se mobiliser lors de situations d'urgence et de sinistres.
- 1.1.20.3 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.
- 1.1.20.4 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.
- 1.1.20.5 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.

- 1.1.21 Les gestionnaires du programme-service s'assurent que la tenue des dossiers santé des usagers respecte les meilleures pratiques.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les meilleures pratiques se caractérisent par des dossiers santé complets et à jour pour chaque usager. Les normes organisationnelles et professionnelles sont respectées pour identifier le contenu à consigner dans le dossier santé d'un usager. Cela comprend notamment les symptômes exprimés, les évaluations, les tests et les résultats diagnostics, le plan de soins et services individualisé y compris les médicaments prescrits, les changements dans l'état de santé et de bien-être de l'usager, les alertes, les notes d'évolution, les événements importants ou les incidents liés à la sécurité de l'usager.

L'information est facile à repérer et elle est organisée de façon à faciliter son utilisation. Les notes au dossier sont signées par les professionnels concernés, indiquent la date des services et sont lisibles.

L'équipe recueille et consigne l'information normalisée dans un dossier unique.

L'information normalisée est consignée dans le dossier santé de l'usager de manière à obtenir une information complète et une documentation appropriée pour un partage d'information efficace. À titre de membres de l'équipe, les usagers et les personnes proches aidantes sont considérés comme des partenaires et participent activement au processus de consignation des renseignements dans leurs dossiers. Ainsi, ils s'assurent que l'information saisie est exacte et complète. Les usagers et les personnes proches aidantes peuvent contribuer de différentes façons à la mise à jour de leurs dossiers selon le lieu où le service est offert et les circonstances individuelles.

Lorsqu'il n'est pas possible de consigner l'information dans les dossiers santé des usagers en collaboration avec l'usager et leurs personnes proches aidantes, les prestataires de soins et services utilisent d'autres moyens pour les inclure dans le processus dans la mesure du possible, par exemple en prenant des notes avec eux et en confirmant l'information, pour s'assurer que ce qui est consigné est exact et reflète la nature du service offert, l'intervention ou la conversation.



- 1.1.22 Les gestionnaires du programme-services s'assurent du respect de la procédure organisationnelle sur la confidentialité en ce qui concerne la gestion des dossiers santé des usagers.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le droit à la confidentialité des renseignements de santé des usagers est un droit fondamental. Préserver la confidentialité des renseignements personnels est une obligation déontologique et professionnelle en plus d'être encadré par des lois et règlements. Les membres de l'équipe sont tenus de respecter les politiques et les procédures de l'établissement lorsqu'il s'agit d'entreposer, de conserver et de détruire de façon sécuritaire les dossiers santé des usagers.

Pour ce faire, les membres de l'équipe travaillent de concert avec la direction responsable de la gestion documentaire des informations confidentielles de l'établissement.

Les dossiers sont conservés de façon qu'aucune personne non autorisée ne puisse accéder et lire des informations confidentielles.

- 1.1.23 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les membres de l'équipe respectent la procédure organisationnelle concernant l'accès facilité et sécuritaire au dossier santé de l'utilisateur, par l'utilisateur lui-même.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services informent les membres de l'équipe des politiques de l'établissement concernant l'accès au dossier santé par l'utilisateur. Ainsi, les membres de l'équipe s'assurent que les usagers connaissent les procédures pour accéder à leur dossier santé. Ils reconnaissent que l'utilisateur est propriétaire de son dossier santé et lui donne accès selon les modalités définies par la loi. Les membres de l'équipe accompagnent l'utilisateur de façon qu'il comprenne bien les informations contenues dans son dossier santé. Ils répondent à ses questions et reçoivent ses commentaires de façon ouverte.

- 1.1.24 Les gestionnaires du programme-services s'assurent du respect de la procédure organisationnelle concernant le consentement aux soins et services.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les lois et règlements concernant le consentement aux soins et services sont bien compris et respectés par les membres de l'équipe.

Ainsi, ces derniers s'appuient sur les lois et règlements et les codes déontologiques en vigueur pour accompagner l'utilisateur dans les décisions qui le concerne. Ils adoptent une approche de respect et d'écoute et ils communiquent clairement les informations nécessaires à une prise de décision éclairée, dont les avantages, les inconvénients ainsi que les risques associés aux soins et services proposés. L'information offerte à l'utilisateur doit être adaptée à son niveau de compréhension. Les membres de l'équipe s'assurent de la compréhension des informations par l'utilisateur. Le consentement est consigné à son dossier santé.

Les membres de l'équipe évaluent de façon continue la capacité de l'utilisateur à prendre les décisions qui le concernent et à donner son consentement. Si un utilisateur n'est pas apte à prendre une décision éclairée en matière de soins et de services, l'équipe suit les procédures de l'établissement pour identifier et se référer à son mandataire.

Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité », le fait de pouvoir comprendre les renseignements pertinents à la prise de décision, dont les options de soins et services, les avantages, les risques et les résultats attendus.

- 1.1.25 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les modalités du cadre éthique de recherche de l'établissement concernant ce type d'activités sont respectées.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-service, en collaboration avec les gestionnaires de l'établissement concernés, s'assurent de faire évaluer l'éthique de tous projets de recherche impliquant des participants humains ou des données personnelles selon les modalités prévues au cadre éthique de recherche de l'établissement. Le cadre éthique de recherche de l'établissement assure la conformité avec les normes éthiques nationales, s'applique à tout chercheur institutionnel ou externe et permet l'examen des



projets de recherche proposés par un comité d'éthique de la recherche. Les membres de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes, sont au courant de l'existence de ce cadre éthique de recherche et savent comment obtenir plus de renseignements à son sujet s'ils ne sont pas déjà familiers avec celui-ci.

Avant d'entamer tout projet de recherche, une proposition est soumise au comité d'éthique de recherche pour approbation. L'équipe assure le suivi approprié auprès du comité et des usagers selon l'avis reçu. La même procédure s'applique pour les activités connexes à la recherche, y compris les activités d'amélioration de la qualité qui pourraient mettre en cause des renseignements personnels.

- 1.1.26 Les gestionnaires du programme-services comprennent les besoins particuliers des sous-groupes de la population qui reçoivent des soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Au fur et à mesure qu'une personne vieillit, ses besoins changent. Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que les soins et services dispensés par les équipes soient adaptés aux besoins évolutifs des sous-populations desservies.

La qualité des soins et services risque d'être compromise lorsque les usagers passent d'un modèle de soins envers une sous-population à une autre. Le transfert d'un groupe d'âge à un autre, tels que des jeunes vers les adultes ou des adultes vers les personnes âgées peut être particulièrement difficile.

Il est important que les gestionnaires passent en revue les données démographiques les plus récentes recueillies au moyen de sondages, de forums communautaires, de rapports gouvernementaux ou d'autres sources de données. Ces informations peuvent approfondir leur compréhension des besoins de sous-populations précises et les aider à établir des priorités et à allouer des fonds au programme-services.

- 1.1.27 Les gestionnaires du programme-services fournissent aux équipes des procédures pour maintenir la continuité des soins et services lors de la transition des usagers vers un nouveau modèle de soins.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Lorsque l'usager vieillit ou que ses besoins changent, une nouvelle équipe et un nouveau modèle de soins sont nécessaires pour continuer à répondre à ses besoins. Une transition de soins se produit lorsqu'il y a un changement de responsabilité des soins et services d'une équipe à une autre.

Les gestionnaires fournissent aux équipes des procédures pour aider à guider les transitions de soins et assurer la continuité de ceux-ci pour les usagers tout au long de leur vie. Les procédures peuvent inclure des conseils sur divers sujets, notamment les suivants :

- La collaboration avec les usagers et les personnes proches aidantes qu'ils ont choisies pour participer à leurs soins et services afin de définir clairement les rôles, les responsabilités et les redditions de compte obligatoires pour aider à naviguer dans les transitions de soins. La clarté des informations est particulièrement importante lors des transferts entre les établissements et les secteurs de soins et services, comme la transition d'un jeune du secteur des soins et services primaires au secteur de la santé mentale et des dépendances.
- La communication avec les usagers pour s'assurer qu'ils peuvent participer pleinement à leur transition de soins.
- La navigation au sein du système au besoin.
- La rationalisation des voies d'orientation afin de maintenir la continuité des soins et services.
- L'application des principes de la littératie en matière de santé, de sécurisation et humilité culturelles lors du partage de l'information avec les usagers et les personnes proches aidantes qu'ils ont choisies pour participer à leurs soins et services, afin que les usagers puissent prendre des décisions éclairées et gérer leur santé et leur bien-être.
- L'évaluation de l'efficacité du partage de l'information et des processus visant à assurer la continuité des soins et services, y compris les mesures de l'expérience et des résultats. L'adaptation des processus pour répondre aux besoins de chaque usager.

1.2 Gérer les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles dans le but de soutenir les équipes

- 1.2.1 Les gestionnaires du programme-services collaborent avec la direction des ressources humaines de l'établissement pour élaborer des profils de poste qui définissent les compétences requises, les rôles et les responsabilités de la main-d'œuvre.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services collaborent avec la direction des ressources humaines de l'établissement de manière ouverte et transparente pour élaborer les profils de poste permettant de répondre à l'offre de soins et services. La main-d'œuvre collabore également à cet exercice.

Les profils de poste comprennent une description sommaire du poste, les compétences requises et les exigences minimales, la portée et la nature des tâches et décrivent les liens hiérarchiques avec les gestionnaires. Ceux-ci précisent et consignent également les attentes en termes de responsabilités et de tâches à effectuer par les bénévoles, ou encore par des membres de la main-d'œuvre provenant d'ententes contractuelles.

- 1.2.2 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que la main-d'œuvre possède les qualifications requises pour l'emploi et les titres de compétences à jour.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les désignations, les profils de compétence et les évaluations de rendement font l'objet d'un suivi et sont maintenus à jour afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prestation de soins et services. Les titres professionnels sont tenus à jour conformément aux exigences des ordres professionnels.

La main-d'œuvre offre des soins et services qui s'inscrivent dans leur champ de compétences. Ils possèdent la formation et les compétences requises pour fournir des soins et services de qualité, sécuritaires et centrés sur la personne, ainsi que pour utiliser l'équipement, les appareils et les fournitures de manière sécuritaire. Adopter une approche collaborative interdisciplinaire pour la prestation des soins et services permet à la main-d'œuvre de couvrir tous les champs de compétences nécessaires pour rencontrer les besoins des usagers, y compris les transferts vers des soins et services spécialisés, le cas échéant.

- 1.2.3 Les gestionnaires du programme-services prennent en compte la rétroaction des parties prenantes afin d'identifier les besoins en activités d'apprentissage continu de la main-d'œuvre.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les activités d'apprentissage continu visent à accroître, améliorer ou mettre à jour les connaissances, aptitudes et compétences de la main-d'œuvre. Elles peuvent être offertes à une ou plusieurs personnes ou à l'ensemble de la main-d'œuvre. Les gestionnaires du programme-services collaborent avec la main-d'œuvre pour recueillir de l'information qui permet de cibler les besoins en matière de savoir, de savoir-être et de savoir-faire. Ils élaborent ensuite un plan d'apprentissage continu qui répond aux besoins de la main-d'œuvre, et ce, dans une perspective d'amélioration continue des soins et services.

Les gestionnaires favorisent la collaboration de la main-d'œuvre en utilisant diverses méthodes de collecte d'information dont des réunions de service, des comités, des groupes consultatifs, des sondages, ou des groupes de discussion structurés.

- 1.2.4 Les gestionnaires du programme-services offrent des activités d'apprentissage continu afin d'accroître, d'améliorer ou de mettre à jour les compétences de la main-d'œuvre.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services revoient régulièrement quelles connaissances, attitudes et compétences sont requises pour répondre aux besoins identifiés par la main-d'œuvre. Les gestionnaires doivent également s'assurer que les activités d'apprentissage continu permettent de répondre aux besoins des clientèles visées par le programme-services.

Les activités d'apprentissage continu pour la main-d'œuvre sont organisées de manière structurée afin d'accroître, d'améliorer ou de mettre à jour les compétences. Les activités d'apprentissage continu sont culturellement adaptées et respectent les principes d'équité, de diversité et d'inclusion.

Les activités d'apprentissage continu peuvent porter sur les contenus suivants :

- l'orientation lors de l'accueil de la nouvelle main-d'œuvre, qui peut également être offerte aux usagers, aux personnes proches aidantes, aux apprenants, à la main-d'œuvre indépendante et aux usagers-partenaires, portant sur la mission, la

vision et les valeurs de l'établissement; le cadre éthique et le code de conduite de la main-d'œuvre de l'établissement; l'approche de soins centrés sur la personne; les droits des usagers et la façon d'intégrer les usagers dans la planification de soins et services; le rôle de la direction de la santé publique;

- l'approche de gestion intégrée de la qualité de l'établissement, soit l'amélioration continue de la qualité, la gestion des incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire des soins et services et l'utilisation efficiente des ressources;
- des activités d'apprentissage continu sur des thématiques à portée transversale en cours d'emploi : l'hygiène des mains, les mesures d'urgence, la prévention et le contrôle des infections, la formation à la diversité culturelle, et la prévention de la violence en milieu de travail;
- des activités de développement professionnel pour la main-d'œuvre pour actualiser, parfaire, innover et sécuriser les pratiques, notamment sur les données probantes, l'utilisation d'outils cliniques, de même que de nouveaux équipements et outils informatiques ainsi que de nouvelles fournitures;

Enfin, les gestionnaires facilitent l'accès aux activités d'apprentissage continu.

1.2.5 Les gestionnaires du programme-services assurent le soutien clinique approprié répondant aux besoins de la main-d'œuvre.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Considérant la complexité grandissante des troubles de santé et des problèmes sociaux et de l'évolution rapide des connaissances, le soutien clinique apporté par des cliniciens experts est un appui incontournable pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services. Le soutien clinique se traduit par un ensemble de mesures d'accompagnement qui visent le développement des compétences et le perfectionnement de la main-d'œuvre.

Des ressources visant les pratiques sécuritaires, comme les soins de la peau, la prévention des chutes et la prévention du suicide, permettent d'appuyer les membres de la main-d'œuvre dans l'exercice de leurs fonctions et l'élaboration du plan de soins et services individualisé. La main-d'œuvre peut y faire appel au besoin ou sur une base statutaire, selon l'organisation du travail.



En plus d'assurer des soins et services de qualité, le soutien clinique permet d'identifier les besoins en matière de développement professionnel continu de la main-d'œuvre.

1.2.6 Les gestionnaires du programme-services évaluent régulièrement le rendement de chaque membre de la main-d'œuvre de façon objective, interactive et constructive.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services suivent la procédure organisationnelle établie par la direction des ressources humaines pour évaluer le rendement de chaque membre de la main-d'œuvre. L'exercice d'évaluation de rendement s'effectue sur une base individuelle.

Dans le cadre des rencontres d'évaluation, les gestionnaires évaluent la capacité du membre de la main-d'œuvre à assumer ses rôles et responsabilités, à réaliser les tâches que lui incombent, à appliquer les principes de l'approche de soins centrés sur la personne et à faire vivre les valeurs de l'établissement.

La rencontre d'évaluation est un moment privilégié pour faire le point sur la contribution du membre de la main-d'œuvre et exprimer la reconnaissance envers les collaborateurs. La rencontre est axée sur les points forts, de même que sur les possibilités d'amélioration et d'apprentissage.

Les gestionnaires peuvent aussi formuler des attentes en matière de performance liées aux savoirs, savoir-faire ou savoir-être. Il peut s'agir d'attentes liées à des difficultés à mettre en pratique une approche, à un comportement inadéquat ou à une pratique clinique nécessaire aux fonctions du membre de la main-d'œuvre.

L'évaluation de rendement doit être réalisée avant la fin de la période probatoire du membre de la main-d'œuvre. Par la suite, l'évaluation de rendement est réalisée annuellement ou selon les politiques de l'établissement. Une évaluation de rendement peut également être effectuée après la tenue d'activités d'apprentissage continu ou lorsqu'il y a de nouvelles exigences d'ordres techniques, professionnelles ou liées à l'utilisation d'un nouvel équipement, tel un équipement d'aide à la mobilité. Tous les résultats des évaluations de rendement sont consignés dans une banque de données désignée et dûment signés par les deux parties, en accord avec la procédure organisationnelle.



- 1.2.7 Les gestionnaires du programme-services s'assurent qu'un suivi est apporté à l'évaluation du rendement d'un membre de la main-d'œuvre, dans une perspective d'apprentissage continu.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le contexte où des attentes précises d'amélioration du savoir, du savoir-être ou du savoir-faire ont été formulées, les gestionnaires du programme-services effectuent un suivi systématique en temps opportun auprès du membre de la main-d'œuvre concerné selon une approche constructive, en collaboration avec la direction des ressources humaines de l'établissement. Un plan d'action précisant les points d'amélioration ou un plan de développement professionnel peut être élaboré en collaboration avec le membre de la main-d'œuvre concerné. Les moyens sont identifiés et mis en œuvre pour le réaliser. Le suivi porte sur l'atteinte des objectifs et permet l'ajustement du plan d'action ou du plan de développement professionnel au besoin.

- 1.2.8 Les gestionnaires du programme-services reconnaissent la contribution de la main-d'œuvre qui offre des soins et services sécuritaires et de qualité.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

En plus de souligner en temps réel la contribution de la main-d'œuvre, les gestionnaires du programme-services réalisent des activités de reconnaissance. Ces activités peuvent viser une seule personne ou une équipe. Les activités peuvent prendre différentes formes, comme celles d'accorder une visibilité aux réalisations spéciales, d'offrir des attentions particulières pendant des périodes d'efforts intenses soutenues, d'offrir des rétroactions positives lors des réunions d'équipe, de tenir une journée de reconnaissance de la main-d'œuvre, de remettre des prix pour la qualité des soins et des services offerts ou pour la reconnaissance des années de services. La reconnaissance repose sur une volonté de promouvoir une culture organisationnelle positive où la main-d'œuvre se sent appréciée et perçoit que sa contribution fait une différence. La reconnaissance peut être formelle ou informelle verbale, ou écrite.



1.2.9 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que la main-d'œuvre respecte le code de conduite de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le code de conduite de l'établissement est fondé sur le cadre éthique et les valeurs de l'établissement et définit quels sont les comportements attendus de l'ensemble de la main-d'œuvre.

Les gestionnaires du programme-services informent la main-d'œuvre du code de conduite. Ils s'assurent du respect de celui-ci, en collaboration avec la main-d'œuvre. Le code de conduite traite notamment les comportements liés à la maltraitance, à la confidentialité des renseignements, aux conflits d'intérêts, à la protection et à l'usage approprié des actifs de l'établissement, à l'obligation de déclarer une violation du code d'éthique ou un comportement violent, illégal ou contraire à l'éthique conformément aux politiques et procédures en vigueur.

Les établissements de santé et de services sociaux se doivent d'offrir un milieu de travail dont les soins et les services sont inclusifs, non discriminatoires et exempts de stigmatisation. Les gestionnaires s'associent à la communauté pour mettre en œuvre une politique qui vise à lutter contre la discrimination et la stigmatisation et qui énonce que la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs ne feront l'objet d'aucune discrimination, quelle qu'elle soit. La mise en œuvre d'une politique et son application permettent de reconnaître le caractère unique de chaque personne et contribue à réduire les iniquités sociales de santé.

Les comportements inappropriés ou à risque peuvent poser des enjeux et avoir des impacts majeurs sur la santé et la sécurité de tous. La cause des comportements inappropriés ou à risque est souvent multifactorielle. L'alcool, le cannabis et les médicaments sont des exemples de substances qui peuvent altérer les capacités d'une personne à assumer son rôle et ses responsabilités au sein d'une équipe.

Ainsi, le code de conduite comporte une politique sur l'usage de substances en milieu de travail, élaborée en collaboration avec les partenaires. Elle porte notamment sur la consommation d'alcool, l'utilisation de médicaments sous ordonnance qui peuvent altérer les capacités comme les opioïdes ou les benzodiazépines et les substances à usage récréatif consommées par la main-d'œuvre. La politique décrit également les procédures ou les mesures qui seront prises pour soutenir l'intention de la politique.



La politique et les procédures sont cohérentes avec les directives ou les règlements de la province ou du territoire.

- 1.2.10 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que des mesures correctives sont prises lors d'un comportement inadéquat d'un membre de la main-d'œuvre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services appliquent la politique de l'établissement concernant la déclaration, l'enquête et la résolution des manquements au code de conduite. Il est impératif de diminuer les écarts de conduite qui portent atteinte à la qualité et la sécurité des soins et des services offerts aux usagers ou qui entraînent des conséquences sur la sécurité et la qualité de vie au travail.

Les gestionnaires appliquent les mesures disciplinaires selon les politiques de l'établissement lorsque nécessaire. Ils informent la haute direction et l'instance de gouvernance des manquements au code de conduite de l'établissement, des résultats des enquêtes et des actions prises pour résoudre les écarts de conduite, et éventuellement pour éviter qu'ils ne se reproduisent.

- 1.2.11 Les gestionnaires du programme-services collaborent avec les directions concernées de l'établissement pour définir les ratios de main-d'œuvre adéquats requis pour mettre en œuvre l'offre de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

En s'appuyant sur les directives ministérielles, sur les données d'utilisation de soins et services dans leur secteur d'activités et sur les données probantes, les gestionnaires du programme-services définissent leurs besoins en ratios de main-d'œuvre en collaboration avec les directions de l'établissement concernées.

Les analyses ainsi réalisées permettent d'identifier le nombre de ressources nécessaires pour une offre de soins et de services optimale. Elles tiennent compte des meilleures pratiques, de l'offre de soins et de services complémentaire des partenaires sur leur territoire et hors territoire.



Les gestionnaires informent la main-d'œuvre des décisions prises au regard des ratios de main-d'œuvre. Ces gestionnaires reçoivent les rétroactions et s'ajustent, le cas échéant.

- 1.2.12 Les gestionnaires du programme-services mettent en œuvre des pratiques de recrutement de la main-d'œuvre, en collaboration avec les autres directions concernées.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services adoptent les meilleures pratiques et utilisent des approches novatrices en matière de recrutement afin d'optimiser le processus de dotation en collaboration avec les directions concernées. Ils font connaître leurs besoins en matière d'expérience et de compétences nécessaires à l'emploi et précisent les attentes liées aux clientèles visées par le programme-services. Les gestionnaires s'assurent que les personnes recrutées adhèrent aux principes de l'approche de soins centrés sur la personne et qu'ils sont en mesure d'adapter leurs pratiques aux besoins engendrés par la diversité des usagers et aux pratiques des communautés autochtones. Enfin, ils utilisent des moyens de communication et des stratégies novatrices afin de partager les offres d'emploi et d'attirer les bonnes candidatures.

Dans le cadre du processus de sélection, les gestionnaires procèdent à la vérification des titres professionnels, des antécédents judiciaires et des références professionnelles. Ils peuvent également évaluer les capacités et compétences des personnes au moyen d'examens pratiques. Les gestionnaires recrutent des personnes qui adhèrent aux valeurs de l'établissement.

- 1.2.13 Les gestionnaires du programme-services mettent en œuvre des stratégies de maintien en poste de la main-d'œuvre, en collaboration avec les autres directions concernées.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le climat de travail étant un facteur déterminant sur la capacité de maintien en poste d'un établissement, les gestionnaires y veillent de façon continue. Ils mettent à profit des



données quantitatives et qualitatives qui permettent d'évaluer la qualité de vie au travail et de mettre en place des actions concrètes pour agir sur le climat de travail s'il y a lieu.

Les gestionnaires du programme-services s'assurent de la mobilisation de la main-d'œuvre. Ils analysent différentes données telles que le taux de roulement, la satisfaction de la main-d'œuvre, le respect des vacances octroyées et les heures supplémentaires de façon périodique. D'autres moyens sont aussi utilisés pour évaluer l'engagement de la main-d'œuvre envers l'établissement, envers leur secteur d'activités et envers les usagers et les personnes proches aidantes.

Ainsi, les établissements de santé et de services sociaux devraient disposer d'un programme qui vise à améliorer la qualité de vie au travail, soutenir la santé physique et psychologique et favoriser le bien-être de la main-d'œuvre. Le programme peut comporter plusieurs éléments, dont un soutien pour des activités éducatives; l'accès à la recherche et aux renseignements sur les pratiques exemplaires; l'attribution des ressources humaines ou financières visant à améliorer la qualité de la vie au travail ou la réorganisation des responsabilités afin de soutenir ces initiatives. Les gestionnaires s'assurent que le programme est fondé sur des cadres de référence pertinents de la province ou du territoire et qu'il est conforme aux lois et aux règlements pertinents en matière de santé et de sécurité au travail. Ils s'assurent de la mise en œuvre du programme et évaluent l'impact de celui-ci au moyen d'indicateurs.

En outre, les gestionnaires mettent en place des stratégies efficaces afin de fidéliser la main-d'œuvre. Ces stratégies peuvent comprendre la conciliation travail-famille, le mentorat, les possibilités de développement professionnel, la reconnaissance de la contribution de la main-d'œuvre et la participation aux décisions qui la concerne. La sensibilité des gestionnaires pour la santé et le bien-être de la main-d'œuvre se vit au quotidien par une approche bienveillante.

- 1.2.14 Les gestionnaires du programme-services assignent la charge de travail de chaque membre de la main-d'œuvre de façon à assurer la sécurité et le bien-être de l'usager, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services s'appuient sur des critères définis pour établir la charge de travail ou la charge de cas afin de fournir des soins et services sécuritaires et de qualité qui répondent aux besoins des clientèles visées par le programme-services. Les critères tiennent compte d'un ensemble de facteurs, dont les compétences requises,



le nombre d'utilisateurs sous la responsabilité de la personne, la complexité des soins et services à offrir, les exigences physiques et psychologiques des horaires de travail et le niveau de responsabilité lié à la tâche. Les gestionnaires tiennent compte des préférences et de la disponibilité des membres de la main-d'œuvre. Le processus qui guide l'assignation de la charge de travail s'appuie sur le suivi des heures travaillées et la connaissance des profils des utilisateurs. Le processus d'assignation s'appuie également sur une politique normalisée des horaires de travail, sur le partage de la charge de travail dans un souci d'équité et il peut même nécessiter l'adoption de mesures supplémentaires comme le transfert d'effectifs ou la restructuration de l'équipe.

L'établissement et les gestionnaires favorisent un milieu dans lequel la main-d'œuvre se sent à l'aise de discuter des exigences et des niveaux de stress associés à la charge de travail.

- 1.2.15 Les gestionnaires du programme-services s'assurent de la couverture des soins et services selon les besoins identifiés qui inclut la gestion des risques de rupture de services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services s'assurent de l'accès aux soins et services offerts dans le cadre du programme-services selon les horaires convenus et évaluent la capacité de l'équipe à répondre aux besoins des clientèles visées. Une évaluation rigoureuse et périodique des ressources, y compris l'espace physique et la disponibilité de la main-d'œuvre permet aux gestionnaires de s'assurer de l'accès et de la qualité des soins et services. Les gestionnaires, en collaboration avec les gestionnaires des autres programmes-services, élaborent et mettent en place de manière proactive un plan de contingence pour pallier une rupture de services s'il y a lieu. Le plan de contingence prévoit la mobilisation de ressources internes et externes pour assurer la continuité des soins et services. Des activités de communication auprès des autorités et de la population sont réalisées au besoin.

- 1.2.16 Les gestionnaires du programme-services identifient les besoins en matière de ressources financières nécessaires à la mise en œuvre de l'offre de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les gestionnaires du programme-services s'appuient sur des données probantes, quantitatives et qualitatives, pour déterminer leurs besoins sur le plan des ressources financières en collaboration avec les directions concernées de l'établissement. À titre d'exemple, les gestionnaires peuvent évaluer les coûts actuels pour les différents soins et services offerts, les déficits sur le plan de la disponibilité des ressources pour répondre aux besoins de la clientèle visée par le programme-services et identifier les écarts entre le réel et le requis.

Les gestionnaires tiennent compte des besoins en matière de qualité et de sécurité des soins et des services. Ils répertorient les soins et services offerts par les autres prestataires de soins et services afin d'éviter la duplication. Ils visent l'efficacité, l'efficience, la durabilité, ainsi que la qualité, la sécurité et une prestation de soins centrés sur la personne. Les ressources financières disponibles sont communiquées de façon claire et transparente à la main-d'œuvre. Dans le cas où les ressources s'avèrent insuffisantes, les gestionnaires élaborent un argumentaire qui soutient le besoin de ressources additionnelles et communiquent ces informations aux directions concernées.

- 1.2.17 Les gestionnaires du programme-services identifient les besoins en matière de ressources matérielles nécessaires à la mise en œuvre de l'offre de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficience** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services s'appuient sur des données probantes, quantitatives et qualitatives, pour déterminer leurs besoins en matière de ressources matérielles. Ils documentent les besoins de la main-d'œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de l'offre de soins et services. Les gestionnaires procèdent à un inventaire de toutes les ressources matérielles disponibles et identifient les éléments requis. Ils demeurent à l'affût des nouveaux équipements et types d'aménagement physiques qui favorisent une prestation de soins et de services optimale. Les gestionnaires tiennent compte des répercussions environnementales des activités et assurent une gestion écoresponsable.

Les gestionnaires du programme-services considèrent les possibilités offertes par les autres gestionnaires de l'établissement et valident leurs besoins. Ils visent l'efficacité, l'efficience et la durabilité.



- 1.2.18 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'environnement physique est fonctionnel, sécuritaire et favorable au respect de la confidentialité, et ce, en collaboration avec les directions de l'établissement concernées.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services collaborent avec les gestionnaires concernés de l'établissement pour concevoir et utiliser les espaces physiques neufs et existants de manière à répondre aux besoins de la main-d'œuvre.

Les travaux d'aménagement tout comme ceux de rénovation peuvent avoir des incidences majeures sur la main-d'œuvre. Les gestionnaires cherchent à réduire au minimum les conséquences potentiellement négatives et mettre en œuvre différentes mesures qui visent à protéger la santé et la sécurité de la main-d'œuvre, à prévenir les incidents et les accidents et à limiter les répercussions environnementales. La mise sur pied et le maintien d'espaces physiques qui permettent le respect de la dignité et de la confidentialité sont également au cœur des préoccupations des gestionnaires.

Les membres de la main-d'œuvre participent aux discussions relatives à l'aménagement et à l'utilisation des espaces physiques. Les gestionnaires les consultent régulièrement sur les enjeux potentiels et en tiennent compte dans la mise en œuvre des mesures préventives.

- 1.2.19 Les gestionnaires du programme-services identifient les besoins de la main-d'œuvre en matière de systèmes d'information.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services mettent en œuvre les politiques et les procédures normalisées pour les systèmes d'information utilisés par la main-d'œuvre. Ils s'appuient sur des données probantes, quantitatives et qualitatives, pour déterminer leurs besoins en matière de systèmes d'information intégrés. Les gestionnaires documentent ces besoins de la main-d'œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de l'offre de soins et services. Ils procèdent à un inventaire des systèmes disponibles, identifient les lacunes en matière de besoins informationnels cliniques et administratifs et les communiquent aux instances concernées.



- 1.2.20 Les gestionnaires du programme-services collaborent avec les directions de l'établissement concernées afin d'identifier les solutions de technologies de l'information à mettre en œuvre pour répondre aux besoins de la main-d'œuvre.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La technologie et les systèmes d'information réfèrent notamment aux dossiers santé des usagers informatisés, aux systèmes de suivi des usagers, aux outils d'aide à la décision clinique, aux systèmes de gestion des listes d'attente, de gestion des horaires et des routes de travail, ou encore à des registres ou des bases de données liées à des services précis. Des systèmes performants sont nécessaires pour réaliser des opérations complexes, tels des logiciels de pointe pour accroître l'interopérabilité, ou pour optimiser des activités opérationnelles au quotidien. Comme de nombreux systèmes informatiques sont utilisés de façon parallèle tout au long d'un continuum de soins et services, les gestionnaires mettent en œuvre des mécanismes permettant aux prestataires de soins et services d'accéder à toute l'information nécessaire dans les dossiers santé des usagers provenant de différents systèmes d'information.

Les gestionnaires, tout comme la main-d'œuvre, contribuent à l'évaluation de la qualité et de l'utilité des données et des renseignements issus des technologies et des systèmes d'information. Ils sont à l'affût des technologies et des systèmes d'information novateurs qui permettent de mieux répondre aux besoins de la main-d'œuvre dans l'exercice de leurs fonctions.

- 1.2.21 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que la main-d'œuvre a accès à des possibilités d'apprentissage continu sur les systèmes d'information et autres technologies de l'information utilisées dans le cadre de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Des activités d'apprentissage continu sont offertes pour assurer une utilisation pertinente et efficace des technologies et des systèmes d'information. Les activités d'apprentissage continu, qui sont intégrées au plan d'apprentissage continu développé par la direction des ressources humaines, peuvent traiter de sujets comme la connaissance et l'utilisation des applications informatiques, des logiciels, des outils d'aide à la décision



clinique, des outils de communication ainsi que des systèmes qui recueillent des renseignements personnels tels que données de santé et de bien-être des usagers. Des activités d'apprentissage continu spécifiques sont prévues au moment de la mise en œuvre, de la mise à jour, ou du rehaussement d'un système d'information. Des super-utilisateurs peuvent être mis à contribution pour soutenir la main-d'œuvre dans l'appropriation et l'utilisation optimale des technologies et des systèmes d'information.

Une attention particulière doit être apportée à la sécurité des systèmes, ainsi qu'à la confidentialité des renseignements personnels et des données de santé et de bien-être.

1.3 **Soutenir une culture de la mesure et de l'amélioration continue de la qualité par la gestion des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services et l'évaluation du programme-services**

- 1.3.1 Les gestionnaires du programme-services s'assurent de gérer les incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire des soins et services de manière transparente et appropriée, en conformité avec la politique de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services respectent l'approche proactive et préventive utilisée par l'établissement pour assurer la gestion des incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire des soins et services. Bien qu'il ne soit pas possible de répertorier l'ensemble des incidents et accidents, un processus structuré est utilisé pour cerner ceux les plus probables.

Grâce à cette approche, les membres de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes, collaborent afin d'identifier les incidents et accidents, notamment ceux relatifs aux erreurs, aux retards ou aux inefficacités. Il peut s'agir d'incidents ponctuels qui se répètent au fil du temps et qui s'avèrent globalement un risque important.

L'information sur les causes des incidents et accidents potentiels permet d'identifier des pistes de solutions et des stratégies d'atténuation. Les membres de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes, collaborent pour mettre en œuvre des stratégies d'atténuation, assurer leur suivi et évaluer les résultats. Lorsque les stratégies s'avèrent efficaces, elles sont déployées dans l'ensemble de l'établissement. Les stratégies varient en fonction des types d'incidents et d'accidents cernés et peuvent



comprendre la planification d'un ensemble de mesures concomitantes. Elles peuvent nécessiter la collaboration d'autres équipes.

L'intégration des informations liées aux incidents et accidents potentiels ainsi que l'analyse des causes profondes à l'intérieur d'un plan intégré de gestion des incidents et accidents permettent de réduire les risques et les probabilités qu'un incident ou accident survienne. Les gestionnaires identifient des personnes responsables au sein de l'équipe pour la mise en œuvre de mesures d'atténuation, de prévention ou de correction.

Une partie importante de la gestion des incidents et accidents implique les pratiques sécuritaires comme la prévention de la violence en milieu de travail, la prévention des chutes, les soins adéquats de la peau, ou la prévention du suicide, ainsi que le repérage des enjeux de sécurité qui s'y rattachent.

- 1.3.2 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les membres de l'équipe participent à des activités d'apprentissage continu sur la façon de gérer les incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire des soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les membres de l'équipe sont informés des politiques et des procédures de l'établissement lorsqu'il s'agit d'identifier, d'atténuer et de gérer les incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire des soins et services pour la sécurité des usagers et pour eux-mêmes. Les politiques et procédures traitent entre autres des pratiques sécuritaires.

Le manque de formation sur les incidents et accidents, le fait de ne pas utiliser les techniques de levage appropriées, l'utilisation inadéquate de l'équipement et le fait de travailler seul figurent parmi les facteurs qui augmentent le risque d'incidents ou d'accidents. Ceux-ci sont pris en compte au moment de prioriser les différentes activités d'apprentissage. Les membres de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes, reçoivent de l'information et bénéficient d'activités d'apprentissage continu sur la façon de prévenir et de gérer les incidents et accident et reçoivent, du même coup, de l'information sur les mesures de prévention et de contrôle des risques pour la santé, en lien avec les maladies infectieuses. Le contenu des activités d'apprentissage continu est fondé sur les données probantes et la formation est transmise de façon dynamique. Ces activités d'apprentissage sont planifiées et offertes dans le cadre du plan de développement des ressources humaines.



- 1.3.3 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que les membres de l'équipe respectent la politique et la procédure de l'établissement concernant la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire des soins et services a pour but de favoriser un maximum de transparence entre les gestionnaires, la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes, de permettre à l'établissement de connaître les lacunes de ses processus et de mettre en place les mesures correctives et préventives appropriées.

Les gestionnaires du programme-services adoptent une approche constructive et transparente axée sur le soutien au regard des incidents et accidents déclarés, favorisant ainsi un sentiment de confiance et de sécurité. Les membres de l'équipe déclarent formellement les incidents et accidents en temps opportun et conformément à la politique et à la procédure de l'établissement. Ces derniers peuvent différer selon leur nature, qu'ils soient préjudiciables, sans préjudice ou évités de justesse.

La déclaration appropriée des incidents et accidents comprend d'informer l'utilisateur et les personnes proches aidantes de l'occurrence de l'incident ou accident, avec tous les faits pertinents disponibles. La déclaration d'un incident ou accident qui touche de multiples usagers, comme un manquement en ce qui a trait à la stérilisation ou au non-respect de la vie privée, nécessite l'identification précise des usagers exposés au risque, la spécification du moyen retenu pour communiquer avec ceux-ci et la démarche entreprise.

- 1.3.4 Les gestionnaires du programme-services effectuent de façon périodique des exercices de simulation pour valider les plans d'interventions et les procédures d'évacuation des établissements lors de situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les simulations de procédures d'évacuation aident l'équipe à se préparer aux situations d'urgence et aux sinistres. Ces simulations représentent des exercices concrets qui renforcent les compétences des membres de l'équipe. Compte tenu de l'évolution constante des populations d'utilisateurs et de la main-d'œuvre dans les établissements, ces simulations doivent être effectuées de façon périodique.

En utilisant une approche fondée sur le travail d'équipe, les simulations de procédures d'évacuation sont effectuées aux intervalles attendus et de la manière décrite dans les procédures. Chaque année, les équipes effectuent au moins une simulation physique, en personne, d'un type d'urgence ou d'un élément de la procédure d'évacuation. D'autres exercices de simulation peuvent être effectués virtuellement ou au moyen d'un exercice de simulation de table. Les exigences des autorités compétentes peuvent imposer des simulations plus fréquentes, comme les exercices d'évacuation en cas d'incendie.

Une fois la simulation terminée, les gestionnaires et les équipes effectuent un débriefing pour évaluer le déroulement, en faire un bilan, déterminer les suites à donner, ou proposer d'éventuelles améliorations aux opérations futures.

Les procédures d'évacuation sont mises à jour après les activités de simulation et à chaque fois qu'un changement dans l'environnement de l'établissement est susceptible de les affecter, comme la perte d'une salle commune ou d'un autre espace. Les équipes sont informées de toute modification des procédures et ont accès aux versions les plus à jour.

1.3.5 Les gestionnaires du programme-services se dotent d'un plan pour évaluer la mise en œuvre, le fonctionnement et l'atteinte des résultats attendus.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan d'évaluation est défini en collaboration avec les membres de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes, ainsi qu'avec les partenaires. Ce plan consiste en un ensemble de processus qui permettent le suivi de la mise en œuvre des actions reliées aux objectifs du programme-services, de même que l'évaluation du fonctionnement du programme et de l'atteinte des résultats attendus. Le plan définit les questions et les objectifs d'évaluation, les méthodes utilisées, les rôles et responsabilités des différents acteurs ainsi que les livrables et les échéanciers. Les méthodes d'évaluation sont variées et prévoient des échanges et la collecte de rétroactions auprès des membres de l'équipe, y compris des usagers et des personnes proches aidantes, ainsi que des partenaires. Des données qualitatives et quantitatives sont recueillies et portent notamment sur la qualité des soins et services dispensés et sur la collaboration des membres de l'équipe avec les partenaires. Des entrevues, des groupes de discussion, des sondages, des questionnaires ainsi que des indicateurs de santé, de bien-être et de performance, et des données budgétaires, sont utilisés selon les objectifs d'évaluation poursuivis.



- 1.3.6 Les gestionnaires du programme-services assurent la disponibilité des ressources garantissant la mise en œuvre d'activités d'évaluation des résultats attendus.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services procèdent à l'évaluation du programme-services en utilisant le plan d'évaluation défini en collaboration avec les membres de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes, ainsi qu'avec les partenaires.

Les gestionnaires du programme-services passent en revue l'utilisation des ressources humaines et financières afin de s'assurer que celles-ci sont utilisées de façon efficiente et efficace. Cet exercice est réalisé en collaboration avec la direction des ressources financières et la direction des ressources humaines de l'établissement.

Les évaluations telles que définies dans le plan d'évaluation peuvent être réalisées en séquence ou de façon concomitante. Enfin, le plan d'évaluation peut également être ajusté selon les contextes et les besoins des clientèles visées par le programme-services. La pertinence des stratégies et des outils d'évaluation doit être réévaluée de manière continue afin de s'assurer qu'ils tiennent compte des besoins évolutifs des clientèles visées.

- 1.3.7 Les gestionnaires du programme-services communiquent les résultats des évaluations réalisées aux partenaires.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services communiquent les résultats des différentes évaluations réalisées aux partenaires concernées de façon transparente. Cette démarche renforce la crédibilité du programme-services ainsi que les liens avec les partenaires.

Les gestionnaires du programme-services présentent les résultats d'évaluation de manière à mobiliser les membres de l'équipe pour améliorer le programme-services, favorisant ainsi une imputabilité partagée au regard de la performance de ce



programme-services. Les informations demeurent objectives et adaptées aux clientèles visées.

- 1.3.8 Les gestionnaires du programme-services évaluent régulièrement le niveau d'engagement des usagers et des personnes proches aidantes en recueillant leur rétroaction.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Conformément aux principes de l'approche de soins centrés sur la personne, les gestionnaires du programme-services utilisent différents mécanismes pour faire participer des usagers et des personnes proches aidantes aux décisions organisationnelles qui ont des impacts sur les soins et services offerts dans le cadre de leur programme-services. Ces mécanismes peuvent prendre différentes formes, notamment, la réalisation de sondages de satisfaction, la mise en place de groupes de discussion sur des enjeux précis ou la mise à contribution d'usagers partenaires dans des comités de travail ou des initiatives d'amélioration continue.

Les gestionnaires du programme-services recueillent de l'information auprès des usagers et des personnes proches aidantes afin de valider la pertinence des mécanismes de collaboration existants. Les gestionnaires s'assurent également que les points de vue des usagers et des personnes proches aidantes sont pris en compte et mis à profit. Ils portent une attention particulière à la participation active de représentants des communautés vulnérables. Ils collaborent régulièrement avec les usagers, les personnes proches aidantes, et les communautés pour évaluer l'efficacité des pratiques concernant la sécurisation culturelle. L'évaluation permet de confirmer les pratiques optimales, de s'assurer qu'elles sont bien intégrées et de les ajuster au besoin.

Les gestionnaires du programme-services partagent l'information relative aux mécanismes mis en place, aux commentaires reçus et aux suivis qui y sont apportés aux directions concernées dans l'établissement.

- 1.3.9 Les gestionnaires du programme-services élaborent un plan d'amélioration continue de la qualité qui comprend des projets d'amélioration dotés d'objectifs mesurables et d'échéanciers précis.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Une démarche de planification et de priorisation des projets d'amélioration pour le programme-services est réalisée en collaboration avec les membres de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes ainsi qu'avec les partenaires. Le suivi systématique d'indicateurs de performance, les résultats d'évaluation et d'audits, de même que les connaissances sur les meilleures pratiques servent d'assises pour l'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité. Les gestionnaires du programme-services définissent des objectifs mesurables, des actions précises appuyées par les données probantes ainsi que des cibles et des échéanciers pour la réalisation du plan.

Des projets d'amélioration pour le programme-services sont mis à l'essai à petite échelle avant d'être mis en œuvre à plus grande échelle. Les membres de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes et les partenaires, contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'amélioration continue de la qualité. Les gestionnaires du programme-services s'assurent de la participation des usagers et des personnes proches aidantes dans la réalisation et le suivi des projets d'amélioration de la qualité, en cohérence avec l'approche de soins centrés sur la personne.

- 1.3.10 Les gestionnaires du programme-services analysent régulièrement les données afin d'évaluer l'efficacité des projets d'amélioration continue de la qualité, et ce, en collaboration avec les partenaires et les directions de l'établissement concernées.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services, en collaboration avec les partenaires et les directions de l'établissement concernées, réalisent une analyse intégrée de l'information issue des nouvelles connaissances, des résultats d'évaluation, et des résultats découlant des projets d'amélioration continue de la qualité. Dans une perspective d'harmonisation et de cohérence, l'analyse tient également compte du plan d'amélioration de la qualité de l'établissement de même que de ses orientations stratégiques.

Les gestionnaires du programme-services, les partenaires et les directions concernées comparent les résultats obtenus aux résultats attendus des activités d'amélioration continue de la qualité. Une revue des actions à mettre en œuvre est réalisée selon l'atteinte des résultats s'il y a lieu. Les gestionnaires du programme-services définissent précisément les suivis à apporter, l'échéancier et les responsabilités des membres de l'équipe qui leur incombent.



Les gestionnaires du programme-services peuvent faire appel à des partenaires pour assurer une analyse rigoureuse et une intégration des différentes sources de données.

- 1.3.11 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'information sur les projets d'amélioration continue de la qualité, les résultats et les apprentissages qui en découlent sont communiqués aux membres de l'équipe, ainsi qu'aux partenaires concernées.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires du programme-services communiquent les résultats des projets d'amélioration continue de la qualité aux membres de l'équipe et aux partenaires avec ouverture et transparence. Les communications sont objectives et adaptées aux clientèles visées. Elles s'appuient sur des stratégies de communication qui visent à mobiliser et à mettre en valeur les résultats. Les communications peuvent prendre différentes formes : des bulletins d'information, des conférences, des tableaux de bord pour le suivi des indicateurs, des salles de pilotage, ou des rapports formels.

Les gestionnaires du programme-services organisent des rencontres avec les divers partenaires afin de discuter et d'interpréter les résultats obtenus. Ils prennent en compte les points de vue, les idées de projets d'amélioration continue de la qualité et les recommandations qui émanent de ces discussions. Les gestionnaires du programme-services utilisent des stratégies de soutien au changement afin de mettre en œuvre les meilleures pratiques pour l'atteinte de résultats optimaux.

- 1.3.12 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 1.3.12.1 Les gestionnaires de l'établissement définissent un objectif pour l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains.

Conseils



L'hygiène des mains peut réduire de manière significative le risque de transmission des infections et améliorer la sécurité des usagers et de la main-d'oeuvre lorsqu'elle est pratiquée correctement et régulièrement.

Un objectif clair et mesurable d'amélioration des pratiques d'hygiène des mains pour l'établissement est défini et documenté dans le plan d'amélioration de la qualité de l'hygiène des mains. L'objectif est axé sur le résultat et précise l'amélioration visée au cours d'une période donnée.

L'objectif prend en compte l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains dans tous les milieux de soins, y compris les espaces administratifs et publics de l'établissement.

L'objectif est défini en collaboration avec les partenaires et éclairé par les derniers résultats relatifs au respect des règles d'hygiène des mains.

1.3.12.2 Les gestionnaires de l'établissement investissent dans des ressources consacrées à l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains.

Conseils

L'investissement dans les ressources montre l'engagement en faveur de l'amélioration et soutient la réalisation de l'objectif en matière d'hygiène des mains.

Les ressources comprennent la main-d'oeuvre, 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. À titre d'exemples, il peut s'agir :

- d'une personne ou d'une équipe qui a la responsabilité et le temps prévu pour améliorer les pratiques d'hygiène des mains de l'établissement.
- d'une infrastructure pour soutenir les pratiques d'hygiène des mains, y compris l'accès à des équipements tels que des éviers, des distributeurs et des fournitures en temps voulu dont des solutions hydroalcooliques, du savon et des serviettes en papier;



- d'une méthodologie établie pour la collecte et l'analyse des données sur le respect de l'hygiène des mains, telle que l'observation directe ou les systèmes de surveillance électronique.

1.3.12.3 Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce qu'un plan d'amélioration de la qualité de l'hygiène des mains soit élaboré.

Conseils

Un plan d'amélioration de la qualité fournit des informations essentielles sur la manière dont les activités d'amélioration de l'hygiène des mains seront mises en oeuvre, gérées et évaluées.

Les activités visant à améliorer les pratiques d'hygiène des mains nécessitent une approche multidimensionnelle et interdisciplinaire adaptée au contexte et aux populations desservies. Les activités d'amélioration de l'hygiène des mains peuvent comprendre notamment :

- des approches innovantes pour identifier rapidement les endroits où des fournitures sont nécessaires, telles que le recours à des indicateurs visuels ou à des codes à réponse rapide (QR).
- l'accès à des fournitures telles que des solutions hydroalcooliques en temps voulu, du savon et des serviettes en papier.
- des activités multimodales d'apprentissage continues pour les équipes, élaborées en collaboration avec les usagers, les personnes proches aidantes, les visiteurs et les partenaires externes, sur l'importance de l'hygiène des mains et des techniques appropriées.
- des approches innovantes pour assurer la vigie de l'hygiène des mains, telles que des systèmes de surveillance électronique.
- la rétroaction multimodale telle que celle effectuée sur place lors des réunions d'équipe, à l'aide d'affichages visuels et de tableaux de bord électroniques.

Pour chacune des activités sélectionnées, la personne ou l'équipe responsable et les ressources attribuées sont identifiées et documentées dans le plan d'amélioration de la qualité de l'hygiène des mains.

1.3.12.4



Les gestionnaires de l'établissement assurent la vigie des activités d'amélioration de l'hygiène des mains dans le temps en fonction des indicateurs identifiés.

Conseils

La collecte et l'analyse systématiques d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs permettent aux gestionnaires de l'établissement de s'assurer que les ressources consacrées à l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains sont correctement attribuées et que les activités atteignent les résultats souhaités.

Les indicateurs sont sélectionnés en fonction des activités d'amélioration de l'hygiène des mains et peuvent inclure :

- des indicateurs structurels liés à l'infrastructure de l'hygiène des mains et à la disponibilité de fournitures et d'équipements pour l'hygiène des mains, tels que des éviers et des distributeurs de solution hydroalcoolique;
- des indicateurs de processus, tels que ceux pour le respect des procédures de l'établissement en matière d'hygiène des mains aux moments clés;
- des indicateurs de résultats tels que ceux pour l'utilisation de solutions hydroalcooliques et de savon, l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains, la diminution des taux d'infection et la rétroaction qualitative sur l'expérience vécue de l'utilisateur.

Les résultats sont consignés dans le plan d'amélioration de la qualité de l'hygiène des mains de l'établissement.

- 1.3.12.5 Les gestionnaires de l'établissement 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.

Conseils

Un établissement apprenant reconnaît que l'amélioration de la qualité a des incidences sur toutes les parties de l'établissement. Le partage et la mise en œuvre des leçons apprises aident également l'établissement à



promouvoir une culture de la sécurité et de la qualité, plutôt qu'une culture du blâme.

Les leçons apprises des activités d'amélioration de la qualité de l'hygiène des mains sont partagées en temps opportun, dans un format clair et adapté à chaque public cible. Les activités d'amélioration de la qualité qui montrent un changement positif sont mises en oeuvre, soutenues et diffusées dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections. Ces efforts comprennent notamment la mise à jour des politiques et des procédures, des outils d'aide à la décision clinique et d'autres ressources.

Le partage des connaissances par l'intermédiaire des réseaux établis, des communautés de pratique, des publications ainsi que dans le cadre de conférences est encouragé afin d'améliorer la diffusion et la mise en oeuvre à grande échelle des pratiques d'hygiène des mains.



Chapitre 2: Soins et services d'urgence (usagers inscrits)

Contexte

Ce chapitre porte sur l'évaluation des soins et services d'urgence dans les établissements publics du Québec, pour la population de tous âges, inscrite. Les critères d'évaluation portent, notamment, sur l'accessibilité, la qualité et l'organisation des soins et services, pour des usagers externes dont l'état clinique nécessite une intervention immédiate. L'évaluation de ce chapitre s'appuie sur les orientations ministérielles et les meilleures pratiques, telles l'échelle de triage et de gravité ainsi que les lignes directrices au triage de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec.

Remarque: Les critères 35 à 45 des chapitres 2 à 8 portent sur les soins palliatifs et de fin de vie. L'utilisation du terme « objectifs de soins » dans ces critères remplace celui de « niveaux de soins » utilisé précédemment. Par ailleurs, les chapitres 2 - Soins et services d'urgence (usagers inscrits), 4 - Soins et services d'hospitalisation (usagers admis), et 7 - Soins et services critiques (usagers admis) incluent trois critères relatifs au don d'organes et de tissus, répartis en fonction de la nature des soins et services offerts.

2.1 **Épisodes de soins et services - Soins et services d'urgence (usagers inscrits)**

2.1.1 L'équipe adopte une approche inclusive dans l'ensemble de sa prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une approche inclusive nécessite une ouverture réelle par l'équipe envers la diversité sous toutes ses formes. Cette approche tient compte des dimensions identitaires, des déficits intellectuels, physiques, et sensoriels ainsi que celles d'appartenance culturelle ou religieuse, des croyances et des pratiques culturelles et spirituelles, de l'âge, des expériences de vie antérieures et des traumatismes potentiels, ainsi que du statut socioéconomique. Ces dimensions comprennent également la diversité sexuelle et la pluralité des genres.



L'équipe veille à utiliser un langage neutre, évitant toute présomption concernant l'identité, l'orientation sexuelle, les capacités physiques ou intellectuelles, ou la structure familiale d'un usager dans ses interactions avec celui-ci. Cette approche permet la reconnaissance de l'identité de l'usager dans le système de santé en entier, peu importe sa porte d'entrée et tout au long du continuum de soins et services.

En adoptant cette approche, l'équipe veille à ce que l'usager soit considéré avec respect et bienveillance, tout en prenant en compte de ses changements de prénom usuel ou de pronoms, même si ceux-ci diffèrent de ceux inscrits au dossier santé ou aux documents officiels. L'équipe encourage l'utilisation des bons prénoms usuels ou des pronoms choisis par l'usager et, dans la mesure du possible, indique ces derniers au dossier santé. L'inclusion de la famille choisie, c'est-à-dire de sa ou ses personnes proches aidantes ou de son ou de ses partenaires de vie qui ne font pas partie de la famille au sens légal ou biologique, est également favorisée afin de respecter l'hétérogénéité des structures familiales possibles. De plus, le respect de l'identité du genre est appliqué en tout temps, même lorsque l'usager n'est pas présent et ce respect s'applique également à sa ou ses personnes proches aidantes.

L'équipe respecte le rythme de dévoilement de l'usager et fait preuve d'humilité à cet égard, reconnaissant que l'expression de l'identité de l'usager ne lui appartient pas. Ainsi, il faut éviter de poser des questions de nature intrusive et laisser l'usager dévoiler les informations pertinentes à son identité au rythme qui lui convient. Si des questions de nature délicate doivent être posées, l'équipe en explique la raison.

2.1.2 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la confidentialité des renseignements personnels de l'usager.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La notion de confidentialité comprend la protection de la vie privée et des renseignements personnels. L'usager a le droit de savoir comment ses renseignements sont utilisés et comment accéder à son dossier santé ainsi qu'aux renseignements qui le concernent.

Si l'équipe doit partager des renseignements avec la ou les personnes proches aidantes de l'usager, une tierce personne, ou une autre entité hors établissement, comme des organismes communautaires ou des cliniques privées, l'équipe s'assure d'obtenir le



consentement de l'utilisateur durant la prestation des soins et services. Ce consentement peut être obtenu au moment de désigner sa ou ses personnes proches aidantes auxquelles l'utilisateur donne l'accès à ses renseignements.

2.1.3 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique afin de soutenir les usagers vivant en contexte de vulnérabilité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique, tels que des outils de dépistage et d'évaluation reconnus, des guides de pratique cliniques, des protocoles de soins, des outils d'intervention, des fiches techniques et des plans d'intervention. Ces outils permettent d'identifier les interventions appropriées, qu'elles soient cliniques, psychosociales ou autres, afin de répondre de manière globale et adaptée aux besoins de l'utilisateur. Ils contribuent également à réduire les variations inattendues dans les pratiques et à assurer une approche intégrée et standardisée.

2.1.4 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à traiter les plaintes en matière de violations des droits de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il est important que l'équipe soutienne l'utilisateur dans sa démarche pour formuler toute plainte de violation des droits de l'utilisateur. Cette démarche contribue à maintenir une relation positive et de confiance avec l'utilisateur. Elle permet également à l'utilisateur de continuer à recevoir des soins et services de qualité, sans crainte de représailles.

Selon la procédure en vigueur, les plaintes peuvent être présentées par l'utilisateur, le mandataire, la ou les personnes proches aidantes, ou toute personne ayant été témoin d'une situation de violations des droits de l'utilisateur. L'équipe favorise un environnement dans lequel chacun se sent en sécurité pour exprimer ses préoccupations et formuler ses plaintes.

Les plaintes peuvent porter sur des questions de sécurisation culturelle et de stigmatisation. Elles peuvent également être liées à des violations de la confidentialité des informations de santé. L'équipe informe l'utilisateur de la procédure organisationnelle pour déposer une plainte, signaler une violation de ses droits ou faire part de ses



préoccupations. L'équipe fournit également à l'utilisateur des informations sur les partenaires au sein et à l'extérieur de l'établissement qui peuvent l'aider à exprimer ses préoccupations ou à déposer une plainte, comme les défenseurs des droits des usagers, les ordres professionnels ou les commissaires à la protection de la vie privée. Ces partenaires restent neutres et objectifs lorsqu'ils consultent ou conseillent l'utilisateur afin d'aider à résoudre les déséquilibres de pouvoir que l'utilisateur peut rencontrer lorsqu'il éprouve des insatisfactions avec les membres de l'équipe, les gestionnaires ou l'établissement dans son ensemble.

La procédure organisationnelle protège l'anonymat, la confidentialité et la sécurité des informations du rapport même et de la personne qui remplit ce rapport. Cette procédure rassure l'utilisateur dans l'éventualité où il dépose une plainte, signale une violation de ses droits ou fait part de ses préoccupations, ces actions ne limiteront pas ou n'affecteront pas négativement ses soins et services. La procédure comprend des moyens pour respecter la confidentialité des rapports, gérer les incidents et l'escalade, ainsi que pour définir les délais de réponse attendus.

2.1.5 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à évaluer l'aptitude de l'utilisateur à prendre des décisions éclairées sur ses soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'incapacité de l'utilisateur à prendre une décision éclairée sur ses soins et services a des répercussions importantes sur le maintien de ses droits à ces soins et services et sur la planification, la prestation et les résultats de ceux-ci. L'utilisateur est présumé apte, à moins qu'il y ait des preuves manifestes que l'utilisateur n'a pas la capacité de prendre une décision précise en matière d'un soin ou d'un service qui s'impose. L'utilisateur est informé, selon un langage qu'il peut comprendre, qu'il fait l'objet d'une évaluation de l'aptitude.

L'utilisateur est soutenu dans l'atteinte et la démonstration de ses capacités de diverses façons. Par exemple, l'utilisateur peut avoir le temps de réfléchir ou d'assimiler l'information, ou de recevoir le soutien d'un membre de l'équipe ou d'un défenseur. Si des conditions temporaires interfèrent avec la capacité de l'utilisateur à prendre des décisions, comme la sédation, l'intoxication, le délirium ou la douleur, il faut attendre que ces conditions se soient estompées avant d'évaluer sa capacité. L'aptitude à consentir peut varier dans le temps et nécessiter une évaluation en continu. Si un usager n'est pas en mesure de donner son consentement, ses décisions en matière de soins et services peuvent être prises par l'entremise d'un mandataire, conformément aux lois applicables.



L'équipe, y compris l'utilisateur et son mandataire, comprend les lois applicables liées à la prise de décisions par le mandataire. L'information sur ces sujets est communiquée en temps opportun et dans un format clair et approprié pour chaque public cible.

- 2.1.6 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à obtenir, de façon itérative et continue, le consentement éclairé, libre et volontaire de l'utilisateur à recevoir des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le consentement est obtenu avant chaque intervention ou procédure, aux points de transition de soins et au moment du congé ou d'un transfert.

Le consentement éclairé et volontaire de l'utilisateur fait partie intégrante du droit de l'utilisateur de prendre des décisions concernant ses soins et services et de ce qui arrive à sa personne. Les renseignements sur les options de soins et services, leurs avantages, risques et solutions de rechange sont communiqués à l'utilisateur de façon claire et en temps opportun. L'utilisateur a le temps de passer en revue les renseignements, de les comprendre et d'obtenir des réponses à ses questions avant qu'on lui demande de donner son consentement.

Le consentement peut être implicite, généralement par le comportement ou les actions d'un usager, ou il peut être explicite, verbalement ou par écrit. Dans les cas où les pressions opérationnelles peuvent être perçues comme influant sur le consentement, le recours au consentement implicite est évité et des mesures sont prises pour confirmer que ce consentement est possible, éclairé et volontaire. Les normes de pratique pour les professionnels de la santé et les procédures organisationnelles définissent les activités de soins et services qui nécessitent un consentement explicite.

Tout problème qui peut interférer avec la capacité de l'utilisateur à donner un consentement éclairé et volontaire est cerné et considéré de manière proactive, favorisant un environnement sécuritaire et non coercitif. Si un usager n'est pas en mesure de donner son consentement, ses décisions en matière de soins et services peuvent être prises par l'entremise d'un mandataire, conformément aux lois applicables.

L'utilisateur est toujours informé des prises de décisions concernant ses soins et services et y participe autant que possible. En cas d'urgence, l'obtention d'un consentement peut ne pas être possible. Si un souhait particulier est formulé par l'utilisateur concernant sa situation, ce souhait est respecté. Tous les renseignements requis, y compris les



obstacles perçus à la réception d'un consentement éclairé et volontaire d'un usager, sont consignés dans le dossier santé de l'usager par un membre autorisé de l'équipe.

2.1.7 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à respecter le rôle du mandataire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un mandataire est nécessaire lorsque l'usager est incapable de prendre lui-même une décision en matière de soins et services ou celle se rapportant à d'autres soins personnels. Le mandataire agit au nom de l'usager et est considéré comme un membre actif de l'équipe.

L'équipe travaille avec l'usager pour l'aider à comprendre le rôle du mandataire et l'importance d'identifier une personne pour assumer cette fonction. Dans la mesure du possible, l'équipe doit faire participer l'usager quant au choix du mandataire.

L'équipe recueille des informations sur le mandataire de l'usager, notamment son nom, sa relation avec l'usager et ses coordonnées. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé de l'usager et son dossier santé.

L'équipe aide le mandataire à s'acquitter de ses responsabilités en matière de prise de décision. Le mandataire a l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de participer aux conversations sur les options en matière de soins et services.

2.1.8 L'équipe respecte la procédure organisationnelle afin d'accompagner l'usager qui exprime la volonté de mettre fin aux soins et services, de les limiter, ou d'être transféré vers un autre prestataire de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'usager peut, en tout temps et à tout moment, demander de poursuivre ses soins et services avec un autre prestataire ou une autre équipe. Un effort doit être fait pour comprendre le raisonnement derrière la demande, afin d'accommoder celle-ci de



manière appropriée. Ainsi, dans les situations où la demande est motivée par des propos discriminatoires ou des préjugés, l'équipe doit accompagner l'utilisateur afin de discuter de ses motivations et d'engager une réflexion respectueuse.

Les risques, de même que la disponibilité potentielle liée au transfert, ainsi que les autres services communautaires accessibles après le transfert sont passés en revue avec l'utilisateur.

Un cadre d'éthique ou décisionnel fondé sur les valeurs est utilisé pour travailler avec l'utilisateur qui a choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans ces démarches afin de parvenir à un résultat juste et équitable pour tous.

2.1.9 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à permettre à l'utilisateur d'identifier sa ou ses personnes proches aidantes qui intégreront l'équipe.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le cadre de ses soins et services, l'utilisateur peut choisir de faire participer sa ou ses personnes proches aidantes. L'utilisateur définit la façon dont il souhaite que sa ou ses personnes proches aidantes participent à ses soins et services. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur. La ou les personnes proches aidantes peuvent jouer un rôle essentiel dans les soins et services de cet utilisateur et font partie de l'équipe selon ses souhaits.

La procédure organisationnelle prévoit des entretiens avec l'utilisateur, et précise que l'équipe doit pleinement informer l'utilisateur en quoi consiste une personne proche aidante, des raisons pour lesquelles il peut vouloir se doter d'une telle personne et des étapes à suivre pour choisir une ou plusieurs personnes proches aidantes. Ces étapes sont mises en œuvre lorsque l'utilisateur n'est pas en situation de crise ou à haut risque pour lui-même ou pour autrui et qu'il est apte à donner son consentement. Le consentement de l'utilisateur est un processus itératif et continu qui peut changer à tout moment.

L'équipe discute avec l'utilisateur des personnes autorisées à participer à ses soins et services afin de lui permettre de révéler, en toute sécurité et confidentialité, si la présence ou la participation d'une personne n'est pas souhaitable.

2.1.10 L'équipe facilite l'accès à des soins et services pouvant répondre aux besoins des personnes proches aidantes.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe reconnaît que la ou les personnes proches aidantes choisies par l'utilisateur peuvent avoir leurs propres besoins en matière de soins et services. Ces besoins peuvent viser à favoriser leur propre santé et leur bien-être ou à leur permettre de participer activement aux soins et services de l'utilisateur. La ou les personnes proches aidantes peuvent être affectées par la santé de l'utilisateur, n'avoir que peu ou pas de formation, d'expérience ou de soutien pour y faire face.

L'équipe fournit ou facilite l'accès aux soins et services pour la ou les personnes proches aidantes, que ce soit à l'intérieur de l'établissement ou au sein de ressources communautaires. Ces soins et services peuvent inclure des programmes d'autogestion pour renforcer les capacités de la personne à faire face à sa situation, des groupes de soutien et des organismes communautaires pour favoriser l'intégration sociale, ainsi que des services de répit pour soutenir son réseau familial.

2.1.11 L'équipe favorise la pleine participation de l'utilisateur tout au long du continuum de soins et services par le partage de renseignements complets.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur est informé de ses droits et responsabilités avant toute prestation de soins et services. Les responsabilités de l'utilisateur comprennent la considération des autres avec respect, la communication de renseignements exacts, le signalement des risques pour la sécurité et le respect de la réglementation.

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle pour un choix éclairé et pour la prise de décisions de l'utilisateur. L'utilisateur reçoit l'information dont il a besoin pour prendre des décisions sur ses soins et services. Les renseignements sont transmis en fonction des besoins et des préférences de l'utilisateur, ainsi que de sa ou ses personnes proches aidantes, si l'utilisateur le souhaite. Cela prend en compte son niveau de compréhension, d'alphabétisation ainsi que de sa langue et de sa culture. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'utilisateur en temps opportun, de manière claire et adaptée.



Différents moyens de communication peuvent être utilisés selon le contexte et la nature de l'information à transmettre. Par exemple, des sujets plus sensibles ou complexes peuvent nécessiter une approche plus structurée que des échanges de nature plus routinière.

L'équipe s'assure que l'utilisateur est pleinement intégré dans le processus décisionnel à chaque étape. L'utilisateur est informé des risques et des bienfaits des soins et services, des interventions proposées, ainsi que des ressources disponibles, y compris des groupes de soutien, des soins et services en cas de situation urgente et la façon de joindre les membres de l'équipe.

L'équipe favorise également l'autogestion de l'utilisateur par l'éducation et l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, lui permettant ainsi de maintenir son autonomie et d'améliorer son état de santé et sa qualité de vie. L'équipe encourage les questions, les commentaires et veille à ce que les renseignements soient compris, afin que l'utilisateur puisse prendre des décisions en toute confiance et selon ses préférences.

2.1.12 L'équipe utilise une approche de prise de décision d'ordre éthique pour soutenir la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les questions d'ordre éthique comprennent des situations où des valeurs peuvent être conflictuelles, rendant la décision difficile à prendre. Ces questions peuvent être complexes et poser un risque à la vie de l'utilisateur. Elles peuvent aussi être liées aux activités quotidiennes. On compte notamment les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre avec des risques, ainsi que les demandes de retrait ou de cessation de certains soins ou services. L'équipe est incitée à se référer au cadre éthique organisationnel et aux principes directeurs identifiés dans le plan stratégique de l'établissement pour orienter ses décisions. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans les cas où des décisions complexes doivent être prises.

2.1.13 L'équipe communique à l'utilisateur les possibilités de participation aux projets de recherche en cours et aux projets d'amélioration de la qualité.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'utilisateur a le droit d'être informé des possibilités de participer à des activités de recherche. Il peut contribuer à ces projets soit à titre de participant ou à titre d'expert en la matière agissant comme chercheur contributeur ou cochercheur. Les personnes souhaitant participer à des projets de recherche doivent être informées de ces activités ainsi que de la façon d'obtenir des informations supplémentaires sur les modalités de participation. Si la recherche fait partie du mandat de l'établissement, les équipes devraient être à l'affût des recherches en cours et offrir à l'utilisateur la possibilité d'y participer.

De la même manière, l'utilisateur peut également être invité à participer aux projets d'amélioration de la qualité, en cours dans l'établissement.

L'équipe suit une procédure d'examen éthique pour déterminer quand il convient de faire participer un usager à une activité de recherche, conformément au cadre d'éthique de la recherche en vigueur dans l'établissement.

- 2.1.14 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à déclarer un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur survenu lors de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les incidents et accidents liés à la sécurité sont définis au sein de la procédure.

Un incident ou accident lié à la sécurité est un événement ou une situation qui aurait pu ou a causé un préjudice à un usager. Les incidents ou accidents liés à la sécurité de l'utilisateur peuvent comprendre des erreurs de médication, d'intervention ou de test diagnostique, des blessures, des chutes ou des problèmes de matériel ou d'équipement, de communication, d'identification de l'utilisateur, de bris de confidentialité, de violence ou d'agression.

La procédure organisationnelle est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes. Elle indique quels types d'incidents ou d'accidents doivent être signalés, comment les signaler et à qui. La procédure est simple, claire, confidentielle et axée sur l'amélioration du système.

L'équipe consigne l'incident ou l'accident lié à la sécurité dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents ou accidents liés à la sécurité. L'information est partagée avec les membres de l'équipe appropriés.



- 2.1.15 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à divulguer un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur survenu lors de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les incidents et accidents liés à la sécurité sont définis au sein de la procédure.

La divulgation est un droit pour l'utilisateur et une obligation pour l'établissement, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Ce processus formel implique une discussion ouverte entre l'utilisateur ou, s'il est inapte, son mandataire, et la personne responsable du suivi au sujet d'un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur.

La divulgation soutient l'amélioration de la sécurité, favorise le rétablissement des personnes concernées, contribue au maintien de la confiance et constitue un moyen de communication tout au long du processus de gestion de l'accident ou l'incident. La divulgation est un processus dans lequel plusieurs conversations de divulgation ont lieu au fil du temps, en commençant par la divulgation initiale et en progressant vers la divulgation à la suite de l'analyse, une fois que les causes de l'événement sont connues.

La procédure organisationnelle décrit les événements liés à la sécurité qui doivent être divulgués, la personne qui dirige et soutient le processus de divulgation, ce qui doit être communiqué et à qui, quand et comment divulguer des informations sur l'incident ou l'accident et comment documenter la divulgation. La procédure décrit également les types de soutien qui peuvent être offerts à l'utilisateur et aux autres personnes impliquées dans l'incident ou l'accident découlant de la prestation de soins et services.

L'équipe consigne la divulgation dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents ou accidents liés à la sécurité. L'équipe collabore avec l'utilisateur afin de connaître son expérience concernant le processus de divulgation. Cette rétroaction est documentée par l'équipe et utilisée afin d'améliorer la procédure.

- 2.1.16 L'équipe se prépare aux situations d'urgences et aux sinistres en participant à des exercices de simulation.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Ces simulations représentent des exercices concrets qui renforcent les compétences des membres de l'équipe en vue de se préparer aux situations d'urgences et aux sinistres. Compte tenu de l'évolution constante des populations et de la main-d'œuvre dans les établissements, ces simulations doivent être effectuées de façon périodique. En utilisant une approche fondée sur le travail d'équipe, les simulations sont effectuées aux intervalles attendus et de la manière décrite dans les procédures.

Chaque année, les équipes effectuent au moins une simulation physique, en personne, d'un type d'urgence ou d'un élément de la procédure d'évacuation. D'autres exercices de simulation peuvent être effectués virtuellement ou au moyen d'un exercice de simulation de table. Les exigences des autorités compétentes peuvent imposer des simulations plus fréquentes, comme les exercices d'évacuation en cas d'incendie.

Une fois la simulation terminée, les gestionnaires et les équipes effectuent un débriefage pour évaluer le déroulement, en faire un bilan, déterminer les suivis à effectuer, ou proposer d'éventuelles améliorations aux opérations futures. Les procédures sont mises à jour après les activités de simulation et à chaque fois qu'un changement dans l'environnement de l'établissement est susceptible de les affecter, comme la perte d'une salle commune ou d'un autre espace. Les équipes sont informées de toute modification des procédures et ont accès aux versions les plus à jour.

2.1.17 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la gestion des comportements perturbateurs et agressifs.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les comportements perturbateurs et agressifs se caractérisent par des actions, des mots ou des gestes néfastes exprimés par un usager, par sa ou ses personnes proches aidantes ou par un mandataire. Les expériences de traumatismes passés et les douleurs nouvelles ou aggravées peuvent contribuer à un comportement perturbateur et agressif.

En utilisant une approche basée sur le travail d'équipe, cette dernière suit la procédure organisationnelle pour prévenir, évaluer et gérer les comportements perturbateurs et agressifs. Cette procédure comprend des approches préventives telles que la reconnaissance des antécédents ayant causé un comportement perturbateur et agressif ou les préférences et les habitudes de l'usager.

L'équipe adopte une approche adaptée aux traumatismes, culturellement sécuritaire, pour soutenir l'usager qui présente des comportements perturbateurs et agressifs. L'utilisation de mesure de contrôle se fait en dernier recours et en conformité avec la



procédure organisationnelle. L'équipe travaille en collaboration afin d'identifier les causes potentielles des comportements perturbateurs et agressifs et les approches non pharmacologiques pour y remédier. Dans la mesure du possible, l'équipe calme et redirige l'utilisateur, et prend des mesures pour traiter la cause des comportements. L'adaptation de l'environnement afin de réduire ou d'augmenter les stimuli, proposer des activités ou du matériel calmant sont des stratégies d'intervention que l'équipe peut utiliser dans le but de prévenir et gérer les comportements perturbateurs agressifs.

L'équipe facilite l'accès aux professionnels appropriés pour une évaluation et un soutien lorsque les comportements perturbateurs et agressifs de l'utilisateur ne répondent pas aux stratégies mises en œuvre par l'équipe. L'équipe consigne les comportements perturbateurs et agressifs de l'utilisateur et les mesures prises pour y remédier dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé de ce dernier. L'information est partagée avec les membres de l'équipe appropriés.

L'équipe peut être sensibilisée aux comportements perturbateurs et agressifs et recevoir une formation sur la gestion de ces types de comportements, dont la formation OMEGA. Cette formation peut aider la main-d'œuvre à reconnaître, prévenir et gérer efficacement ces comportements tout en assurant la sécurité de tous. Les approches de gestion des comportements perturbateurs et agressifs peuvent également inclure les visiteurs et les personnes proches aidantes.

- 2.1.18 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'utilisation des mesures de contrôle les moins restrictives en tant que dernier recours lors de la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les mesures de contrôle physiques, chimiques ou environnementales, comme l'isolement, n'ont pas de valeur thérapeutique et ne doivent pas être utilisées dans les milieux de soins que ce soit à des fins thérapeutiques ou punitives. Le recours à des mesures de contrôle visant à limiter les mouvements de l'utilisateur ou son comportement peut avoir des effets indésirables significatifs sur son bien-être physique, mental et émotionnel.

Les mesures de contrôle sont connues pour augmenter le risque de traumatismes psychologiques et physiques, de complications respiratoires et cardiaques, d'état confusionnel aigu, d'agitation, de chutes, de dégradation de la peau et de



déconditionnement. Les mesures de contrôle ne sont utilisées qu'à court terme et en dernier recours lorsqu'il existe un risque imminent et significatif de préjudice grave à l'endroit de la vie ou de la santé de l'utilisateur ou d'autres personnes, et que toutes les autres stratégies et interventions de prévention ont échoué ou ont été jugées inappropriées en vue d'assurer la sécurité de ces personnes.

La procédure organisationnelle aborde les actions suivantes qui sont aussi comprises dans les activités de l'équipe :

- travailler avec l'utilisateur de façon proactive pour reconnaître ses déclencheurs et identifier des stratégies de désescalade en vue de prévenir le recours à des mesures de contrôle;
- demander le consentement de l'utilisateur, ou, s'il est inapte, celui de son mandataire, avant qu'une mesure de contrôle ne soit utilisée en tant que dernier recours ou lorsque la prolongation de la mesure de contrôle est jugée nécessaire;
- documenter le recours à la mesure de contrôle, y compris une justification à la lumière de solutions de rechange tentées ou envisagées, d'un consentement ou d'un refus de la part de l'utilisateur ou de son mandataire, de la nature et de la durée de la mesure de contrôle, et des activités de l'équipe visant à assurer la vigie de l'impact de la mesure de contrôle et à explorer et à promouvoir des solutions de rechange pendant toute la durée du recours à la mesure de contrôle;
- réduire ou interrompre l'utilisation de la mesure de contrôle le plus tôt possible et avoir recours à d'autres actions visant à maintenir en sécurité l'utilisateur et les autres personnes;
- mener des réunions de bilan comprenant l'utilisateur à la suite de l'utilisation de mesures de contrôle et faciliter l'accès de l'utilisateur à du soutien psychologique culturellement sécuritaire ainsi qu'à d'autres soutiens;
- répondre à toute exigence en matière de rapports au-delà de ce qui précède;
- évaluer la conformité avec la procédure organisationnelle et les meilleures pratiques en vue d'éliminer ou de réduire l'utilisation des mesures de contrôle dans les milieux de soins grâce à des méthodologies éclairées par des données probantes.

L'équipe a accès à la formation et du perfectionnement sur le recours sécuritaire et approprié aux mesures de contrôle. Ces formations couvrent, notamment, l'orientation sur la philosophie de l'établissement visant la prestation des soins les moins restrictifs possibles, sur les politiques traitant de l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, sur les soins et services à dispenser à l'utilisateur pour qui des mesures de contrôle sont utilisées, sur la surveillance de l'utilisateur pendant le recours aux mesures de contention et sur la façon de consigner le recours à de telles mesures.



- 2.1.19 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique visant à évaluer l'état de santé de l'usager de façon holistique tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de l'état de santé est effectuée le plus tôt possible au moment de la prise en charge et tout au long du continuum de soins et services. L'évaluation, éclairée par l'historique et la condition clinique actuelle de l'usager ainsi que par les informations obtenues lors des transferts, tient compte des besoins biopsychosociaux de l'usager, incluant les aspects physiques, mentaux, sociaux et spirituels. Il est également important de considérer les interactions entre les déterminants individuels de la santé, tels que le mode de vie, et les facteurs sociaux et environnementaux comme le revenu, l'éducation et le logement.

L'information est validée, revue et mise à jour régulièrement, particulièrement en cas de changement dans l'état de santé de l'usager. Ces changements sont consignés dans le dossier santé de l'usager.

- 2.1.20 L'équipe assure un accès en temps opportun aux services de consultation, aux services de diagnostic, aux analyses de laboratoire, ainsi qu'aux résultats.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'accès aux services de consultation, de diagnostic et aux analyses de laboratoire est organisé de manière à répondre aux besoins urgents de l'usager, en tenant compte des ressources disponibles et des réalités organisationnelles telles que les heures d'ouverture et la dotation.

L'équipe suit les procédures en place permettant un accès rapide et en temps opportun à ces services, avec une priorité accordée aux situations critiques et urgentes. Lorsque ces services ne sont pas disponibles sur place, l'équipe a accès à des processus de partenariat ou des procédures permettant d'obtenir ces services de manière efficace. Les consultations peuvent être réalisées en personne, par télémédecine, ou via le personnel de garde. Des protocoles sont en place pour définir les priorités en fonction de la gravité des états cliniques et des tests requis.



L'équipe s'assure également que l'accès en temps opportun aux spécialistes ayant de l'expertise en santé pédiatrique est offert.

2.1.21 L'équipe respecte la procédure organisationnelle de hiérarchisation et d'accès aux soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il existe une procédure organisationnelle de hiérarchisation et d'accès aux soins et services qui tient compte des besoins de l'utilisateur identifiés lors d'évaluations tout au long du continuum de soins et services.

Les besoins font référence ici à ce qui est requis pour réaliser les objectifs et atteindre les résultats souhaités de soins et services pour l'utilisateur. L'information recueillie est utilisée pour déterminer si ces soins et services offerts par l'établissement répondent aux besoins et aux préférences de l'utilisateur, pour cerner les besoins immédiats et pour établir les priorités quant à la prestation de ces soins et services. L'évaluation des besoins peut être répétée de façon périodique tout au long du continuum des soins et services afin d'adapter ceux-ci et de déterminer si de nouveaux soins et services doivent être initiés. Les besoins sont identifiés et consignés dans le dossier santé.

2.1.22 L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé qui répond aux besoins de l'utilisateur et qui tient compte de ses préférences.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan de soins et services individualisé tient compte des besoins uniques de l'utilisateur et adopte une approche holistique des soins. Il repose sur les résultats d'évaluations, les objectifs, les préférences, les résultats attendus de ces soins et services et prend en compte l'état de santé et les ressources disponibles. Il définit les rôles et les responsabilités de l'équipe ainsi que ceux de l'utilisateur. Le plan comprend également :

- le lieu de la prestation des soins et services;
- la fréquence et l'échéancier prévu;
- les objectifs et les résultats attendus;



- la date prévue de fin des soins et services;
- les plans de transition ou de suivi à la fin des soins et services.

Il peut également comprendre des renseignements sur les antécédents, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments de l'utilisateur, y compris les problèmes ou les réactions indésirables aux médicaments.

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, ainsi que les options pour ceux-ci, font l'objet de discussions avec lui. L'équipe participe à une prise de décisions partagée qui tient compte des résultats attendus pour l'utilisateur et des risques et bienfaits liés à ces options.

2.1.23 L'équipe évalue l'évolution des objectifs, des préférences et résultats attendus de l'utilisateur tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de l'évolution des objectifs, des préférences et des résultats attendus permet d'ajuster le plan de soins et services individualisé en conséquence. La consignation des progrès de l'utilisateur est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle s'effectue avec la participation de l'utilisateur. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, la discussion avec l'utilisateur, les mesures des résultats déclarés par les patients et l'observation.

2.1.24 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour la gestion de la douleur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de la douleur est effectuée lors de l'évaluation initiale de l'utilisateur, et de façon régulière par la suite. L'évaluation de la douleur et de la souffrance tient compte des sphères physiques, psychologiques, sociales et spirituelles, de l'âge, du niveau de développement de l'utilisateur, du caractère unique de chaque épisode de soins et services, ainsi que de sa capacité à percevoir et à ressentir la douleur. Des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés pour établir l'intensité, les caractéristiques, l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que ses impacts sur les activités habituelles de l'utilisateur. L'impact des traumatismes sur



l'expérience de la douleur et sur le bien-être psychologique est reconnu. La réponse aux demandes de gestion de la douleur est rapide. Les stratégies de gestion de la douleur pour l'utilisateur peuvent comprendre des interventions physiques, comportementales et psychologiques, comme des mouvements, des massages, un positionnement du corps particulier et des soins individuels, l'emploi d'analgésiques, y compris des opioïdes ou le recours à des interventions anesthésiques.

L'équipe collabore avec l'utilisateur pour déterminer ses objectifs de soins et élaborer un plan pour gérer la douleur qui répond à ses besoins et préférences. L'équipe consigne toutes les interventions de gestion de la douleur dans le dossier santé de l'utilisateur et dans son plan de soins et services individualisé. L'information est partagée avec les membres d'équipe appropriés.

2.1.25 L'équipe intègre la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ces transitions de soins sont des exemples de moments clés qui nécessitent une planification dès le début de la trajectoire de soins et services :

- l'accueil;
- l'admission;
- les changements de quart de travail;
- la référence à un autre prestataire de soins et services de la communauté;
- les transferts vers un autre service ou à un autre établissement;
- la fin des soins et services;
- le congé.

L'équipe évalue le niveau de préparation de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, y compris sa capacité physique, cognitive et psychosociale à chacune des étapes de transition. Dès le début de l'épisode de soins et services, la planification et les discussions avec l'utilisateur au sujet de la transition l'aident à mieux comprendre le processus et lui donnent l'occasion de poser des questions. La planification des étapes de transitions vise à préparer l'utilisateur et à améliorer la continuité des soins et services. Les discussions permettent aussi de s'assurer que tous les renseignements sont précis et complets, et que les préférences de l'utilisateur sont respectées.



Dans le contexte où l'utilisateur doit être transféré, l'équipe discute avec celui-ci du plan de soins et services individualisé, y compris ses objectifs et ses préférences; des soins et services offerts; des problèmes cliniques ou autres; de ce à quoi s'attendre durant la transition; des rendez-vous de suivi; des outils et des ressources informationnelles disponibles pour l'autogestion des soins, des coordonnées des membres de l'équipe et des détails quant aux situations exigeant un contact avec l'équipe.

- 2.1.26 L'équipe assure une communication claire et opportune entre ses membres, tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un langage clair et simple est utilisé pour toute communication, y compris celui utilisé lors d'une urgence ou d'une situation critique. La communication permet la continuité des soins et services en s'assurant que toutes les informations pertinentes sont transmises de manière précise et en temps opportun. Cela comprend les mises à jour régulières sur l'état de l'utilisateur, les plans de soins et services individualisés, et toute modification apportée aux soins ou services requis.

- 2.1.27 L'équipe s'assure que l'utilisateur sait qui est la personne responsable de la coordination de ses soins et services, ainsi que de la façon de la joindre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La nomination d'une personne responsable de faciliter la communication et la coordination des soins et services permet de définir les rôles et responsabilités avec clarté et de favoriser les soins centrés sur la personne. Le membre désigné peut être le membre de l'équipe qui est le plus régulièrement en contact avec l'utilisateur ou le principal prestataire des soins et services.

- 2.1.28 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour diriger les transferts vers des soins et services internes ou externes dans les cas où l'équipe est incapable de répondre aux besoins anticipés ou réels de l'utilisateur.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La capacité de l'équipe ainsi que le niveau de soins et services offerts par l'établissement sont pris en compte de manière à préciser si les besoins de l'utilisateur peuvent être satisfaits. Les critères de hiérarchisation peuvent être définis par l'autorité administrative appropriée, telle que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Dans le cas où l'équipe ou l'établissement est incapable de répondre aux besoins de l'utilisateur, la raison en est expliquée. L'accès à d'autres soins et services, y compris le transfert, est favorisé.

De plus, en cas d'urgence, d'anormalité, de complication ou d'événement préjudiciable, des politiques ou des protocoles de recours à la hiérarchie des soins et services précisent avec quels membres de l'équipe il est possible de communiquer et dans quelles circonstances. L'équipe connaît les délais de réponse appropriés et avec quelle personne communiquer en l'absence de réponse.

L'établissement dispose d'une procédure organisationnelle ou d'un plan de transfert vers un centre spécialisé qui assure la continuité des soins et services. Les renseignements sont consignés en vue d'être utilisés lors du transfert et dans la planification des soins et services.

2.1.29 L'équipe assure un suivi approprié lors des transitions de soins.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La responsabilité entourant les soins et services se poursuit jusqu'à ce que ceux-ci aient pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, à un autre service, à un autre établissement ou à un autre organisme. Les soins et services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins et services à domicile et ceux offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extrahospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins et services continus. La collaboration pour établir un plan de transition adapté à l'utilisateur et la coordination optimale entre les différentes équipes, les différents établissements et organismes sont essentielles pour assurer une transition harmonieuse et continue des soins et services ainsi que le suivi systématique de l'utilisateur.



Cette coordination s'appuie sur les meilleures pratiques pour l'accès intégré et harmonisé, telles que la consolidation et la création de trajectoires de soins et services. Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué au moyen d'un outil d'aide à la décision clinique, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné. En s'appuyant sur le cadre de référence sur l'accessibilité et la continuité de soins et services au Québec, les équipes peuvent assurer une prise en charge continue et intégrée de l'utilisateur.

L'équipe respecte les protocoles pour gérer efficacement le cheminement de l'utilisateur et utilise des outils de consignation et des stratégies de communication standardisés pour le transfert d'information.

2.1.30 L'équipe connaît les soins et services offerts dans les autres programmes-services et dans la communauté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une équipe ne peut à elle seule répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. Il est essentiel que les équipes soient informées des soins et services offerts tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement et hors de la sphère des programmes-services. Ainsi, l'équipe peut identifier des ressources ou des services complémentaires pour mieux répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. De plus, des transferts efficaces peuvent être coordonnés en temps opportun dans les cas où l'équipe ou l'établissement n'est pas en mesure d'offrir les soins ou services nécessaires à l'utilisateur, afin d'en assurer une offre ininterrompue.

Il peut s'agir de soins et services au sein du programme-services, par d'autres programmes-services de l'établissement ou au sein de la communauté, y compris les soins et services de télésanté. L'information peut viser la promotion des soins et services, la prévention, les ressources d'aide et de soutien, le traitement, la réadaptation, l'hébergement ou les soins et services de fin de vie. L'information peut être présentée sous forme d'index de ressources précisant entre autres la nature des soins et services et les modalités d'accès, ainsi que les clientèles ciblées.

2.1.31 L'équipe oriente l'utilisateur vers les ressources appropriées ou vers d'autres prestataires de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'équipe collabore avec les différents programmes-services, afin d'orienter adéquatement l'utilisateur pour qu'il reçoive les soins et services les plus pertinents, dans le contexte le plus approprié, tout en prévenant les transferts inutiles et les solutions temporaires. La continuité des soins et services doit être assurée.

L'équipe informe l'utilisateur et facilite l'accès à des ressources ou des soins et services complémentaires pour mieux répondre à l'ensemble de ses besoins.

- 2.1.32 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues appropriées tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe possèdent les qualifications requises pour leur permettre d'exercer selon leurs champs de pratique lors de la prestation de soins et services. Les gestionnaires de l'établissement ont la responsabilité de revoir régulièrement quelles compétences et qualifications sont requises afin de s'assurer que l'équipe satisfait les besoins de la population desservie. L'équipe dispose d'un moyen pour signaler les besoins en matière de formations pertinentes.

Les activités d'apprentissage sont offertes à la main-d'œuvre au moyen d'une approche structurée et de manière continue afin de maintenir les compétences acquises et de s'assurer que les qualifications des prestataires de soins et services demeurent à jour conformément aux politiques et procédures organisationnelles. Les activités d'apprentissage doivent être culturellement adaptées et intégrer les principes d'équité, de diversité et d'inclusion adaptés à la population desservie, notamment la communauté 2SLGBTQ+, les communautés autochtones, les communautés ethniques et d'autres populations mal desservies et marginalisées notamment les réfugiés et les immigrants.

La formation est accessible et diffusée par différents moyens afin de répondre aux besoins de la main-d'œuvre, comme des sessions virtuelles ou préenregistrées, des modules d'apprentissage sur le web, des simulations et des sessions de formation en présentiel.

- 2.1.33 L'équipe veille à gérer les délais d'attente pour l'obtention des soins et services, depuis la demande initiale jusqu'à la prise en charge effective de l'utilisateur.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Pour limiter les temps d'attente, l'équipe peut adopter des stratégies telles que la gestion proactive des rendez-vous ou des demandes, l'échelonnement des heures de rendez-vous ou la communication proactive avec l'utilisateur en cas de délais importants. L'équipe s'assure de bien accueillir l'utilisateur en tenant compte des temps d'attente et met en place des mesures pour optimiser le flux et améliorer l'expérience de l'utilisateur.

- 2.1.34 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à recueillir la rétroaction de l'utilisateur sur son expérience des soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La collecte d'informations confidentielles et anonymes auprès de l'utilisateur permet de partager sa voix et son expérience avec l'équipe et les gestionnaires du programme-services. Les informations relatives à l'expérience de l'utilisateur en matière de soins et services sont utilisées pour éclairer les décisions concernant le modèle de soins et ciblent les activités en matière d'amélioration de la qualité.

Les rétroactions des utilisateurs sont recueillies et prises en compte de manière cohérente et opportune. Les rétroactions des utilisateurs peuvent être recueillies par des moyens formels et informels comme le recours à des sondages, à des groupes de discussion, à des conversations avec l'utilisateur et à des registres de plaintes.

- 2.1.35 L'équipe respecte la politique organisationnelle en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès des membres de l'équipe. Elle doit également être diffusée auprès de l'utilisateur dont l'état pourrait requérir des soins palliatifs et de fin de vie et auprès de sa ou ses personnes proches aidantes.



La politique organisationnelle au sujet des soins palliatifs et de fin de vie vise à assurer :

- l'équité dans l'accès aux soins et services;
- la continuité des soins et services entre les différents lieux de prestation;
- la qualité des soins et services offerts par des équipes interdisciplinaires;
- la sensibilisation de l'équipe au caractère inéluctable de la mort.

2.1.36 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'accès à l'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie possède des connaissances et des compétences reconnues, spécifiques et adaptées aux besoins de la clientèle. Elle conseille, soutient et fournit des renseignements à l'équipe de soins et services quant aux compétences interprofessionnelles essentielles qui sont nécessaires lors de la prestation de soins palliatifs et de fin de vie.

Bien que l'équipe de soins et services ne puisse pas toujours avoir une maîtrise sur les délais d'accès à l'équipe dédiée en soins palliatifs et de fin de vie, elle doit tout mettre en œuvre pour assurer que l'utilisateur reçoit une réponse adaptée en temps opportun, selon l'urgence et la gravité de l'état clinique et des besoins de l'utilisateur.

L'équipe s'assure que les demandes d'accès à l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs et de fin de vie sont consignées avec précision. Cette documentation comprend :

- la raison de la demande d'intervention par l'équipe interdisciplinaire;
- la date de la demande initiale;
- le niveau d'urgence associé à la demande, y compris le délai de réponse cible;
- la date de l'évaluation effectuée par l'équipe interdisciplinaire.

La demande d'accès à l'équipe interdisciplinaire peut se faire en personne, par téléphone ou par courriel, selon le cas, pour répondre aux besoins de l'utilisateur.

Dans les situations où un accès direct à l'équipe interdisciplinaire n'est pas possible, notamment dans les régions rurales, l'équipe s'assure de coordonner l'accès à d'autres prestataires de soins et services, comme les infirmières praticiennes, les médecins de garde, les soins et services de télésanté, ainsi que les soins et services en situation urgente pour assurer une prise en charge continue et adaptée.



- 2.1.37 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour repérer de manière proactive l'utilisateur pour lequel les soins palliatifs et de fin de vie seraient appropriés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique, tels que le guide Approche palliative intégrée : quand et comment, facilitent le repérage précoce de l'utilisateur susceptible de bénéficier d'une approche palliative intégrée, comme celui atteint d'une maladie à pronostic réservé, d'une maladie évolutive limitant l'espérance de vie, celui présentant une détérioration significative de son état de santé ou nécessitant une admission dans un établissement pour recevoir des soins de longue durée. L'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique permet également l'intégration des soins palliatifs et de fin de vie dès le début de la trajectoire de soins et service, afin d'améliorer la qualité de vie de l'utilisateur.

Dans un établissement qui n'offre pas de soins palliatifs ou de fin de vie, l'évaluation permet d'identifier le besoin d'orienter l'utilisateur vers des soins et services appropriés.

- 2.1.38 L'équipe fournit à l'utilisateur des renseignements pour l'aider à faire un choix éclairé sur l'endroit où il souhaite recevoir les soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur reçoit des renseignements et du soutien pour l'aider à recevoir des soins et services dans un milieu qui répond à ses besoins et préférences, soit à son domicile ou à un autre lieu de résidence. Au fur et à mesure que les besoins et les préférences de l'utilisateur changent, l'équipe aide l'utilisateur à adapter son environnement physique ou à choisir un autre milieu dans lequel les soins et services peuvent être offerts afin de s'assurer qu'il répond à ses besoins actuels en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Les membres de l'équipe fournissent, en toute transparence, des renseignements au sujet des choix et des soins et services offerts, ainsi que sur la façon dont les besoins de l'utilisateur peuvent être satisfaits dans les différents milieux possibles, tels que les lits réservés, les soins et services ambulatoires, ou les soins à domicile y compris les établissements de soins de longue durée.



- 2.1.39 L'équipe oriente la ou les personnes proches aidantes de l'utilisateur en soins palliatifs et de fin de vie vers des soins et services de répit.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le soutien accordé aux personnes proches aidantes, aussi bien sur le plan physique que sur le plan moral pendant l'évolution de l'état de santé, s'avère incontournable puisqu'il constitue un élément fondamental en soins palliatifs et de fin de vie.

L'évaluation de la nécessité de soins et services de répit est effectuée de manière proactive, en tenant compte de la situation et des besoins de la ou des personnes proches aidantes. L'équipe s'assure que la ou les personnes proches aidantes sont informées des options de répit disponibles et savent comment y accéder.

L'équipe collabore avec les différents soins et services afin de s'assurer que les besoins de répit sont pris en charge en temps opportun.

La ou les personnes proches aidantes devraient également être invitées à assurer eux-mêmes leurs soins pour réduire au minimum le stress et favoriser leur sécurité et leur bien-être.

- 2.1.40 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à discuter avec l'utilisateur de l'expression de ses volontés concernant ses objectifs de soins et de sa décision relative à la réanimation cardiorespiratoire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les souhaits de l'utilisateur en ce qui concerne le recours à la réanimation ou à un traitement de maintien en vie sont respectés. L'équipe a accès en tout temps aux membres de l'équipe ou à d'autres personnes qui connaissent la procédure organisationnelle de réanimation et qui sont formées pour prendre des décisions en matière de réanimation.

L'établissement assure la vigie du recours à la réanimation et aux traitements de prolongation de la vie, et dispose d'une procédure pour examiner les décisions de réanimation.



Dans l'éventualité où les objectifs de soins n'ont pas été respectés, les membres de l'équipe doivent fournir une raison qui est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et communiquée à sa ou ses personnes proches aidantes, ainsi qu'à l'équipe de soins et services.

La procédure organisationnelle tient compte des lignes directrices de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, notamment en lien avec la nomenclature à utiliser des trois catégories d'objectif :

- Objectif de prolongation (P) de la vie par tous les soins nécessaires;
- Objectif d'équilibre (E) des soins entre la prolongation de la vie et le confort;
- Objectif de confort (C) de la personne sans avoir pour but de prolonger la vie.

Indépendamment de l'objectif de soins formulé, l'équipe s'assure de maximiser le confort de l'utilisateur et sa qualité de vie tels qu'il les perçoit.

2.1.41 L'équipe discute des directives médicales anticipées avec l'utilisateur conformément à la législation pertinente.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La planification des directives médicales anticipées est une procédure qui permet à l'utilisateur d'exprimer à l'avance ses volontés concernant les soins et services qu'il souhaite recevoir en cas d'incapacité à consentir à ceux-ci. Selon les souhaits de l'utilisateur, les directives médicales anticipées sont partagées avec sa ou ses personnes proches aidantes.

L'utilisateur a la possibilité de discuter avec sa ou ses personnes proches aidantes, des prestataires de soins et services, des spécialistes juridiques et financiers, ainsi qu'avec son mandataire afin d'élaborer des directives médicales anticipées.

Les directives médicales anticipées sont réévaluées et les changements apportés sont consignés avec précision et en temps opportun dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur et sont communiquées à tous les membres de l'équipe qui sont autorisés à recevoir ces informations. Les membres de l'équipe effectuent des réévaluations à des points clés pendant les soins et services et en fonction des besoins de l'utilisateur, y compris pendant la transition et les changements relatifs à l'état de santé.



Si les directives médicales anticipées ne sont pas respectées, les membres de l'équipe doivent fournir une raison qui est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et communiquée à sa ou ses personnes proches aidantes, ainsi qu'à l'équipe de soins et services.

2.1.42 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'aide médicale à mourir fait référence à l'administration à l'utilisateur d'un médicament par un prestataire de soins et services qualifié à la suite de sa demande et une évaluation, selon les critères d'accessibilité définis, qui entraînera son décès dans le but de soulager sa souffrance.

La procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir est conforme aux cadres éthiques, juridiques et réglementaires applicables. Les membres de l'équipe savent comment répondre aux demandes d'aide médicale à mourir et suivent la procédure organisationnelle pour gérer ces demandes. Cela comprend une évaluation objective de la compréhension de l'utilisateur, quant aux différentes options pour soulager la souffrance.

2.1.43 L'équipe respecte les préférences de l'utilisateur au moment de son décès.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe s'informe des souhaits de l'utilisateur au sujet du lieu où il désire recevoir les soins et services et des personnes qu'il souhaite avoir à ses côtés lors de son décès. Si l'utilisateur ne peut pas être interrogé sur ses souhaits, l'équipe doit adresser la demande à sa ou ses personnes proches aidantes ou au mandataire. L'équipe discute avec sa ou ses personnes proches aidantes afin de déterminer la manière dont elles souhaitent qu'on leur annonce le décès si elles sont absentes. Les coordonnées de ces personnes sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe autorisés.

Si la ou les personnes proches aidantes ou le mandataire sont absents au moment du décès, ils doivent en être informés par un membre de l'équipe avec tact et humanité,



et se voir offrir du soutien, y compris l'accès à un guide spirituel ou à une autre personne compétente. Les membres de l'équipe doivent s'assurer que le soutien nécessaire est accessible, comme des services d'interprétation, en cas de barrières de communication.

2.1.44 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour la gestion du décès d'un usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Lorsque l'usager décède, l'équipe doit suivre la procédure qui comprend :

- la vérification et l'enregistrement du décès dans un bulletin de décès officiel;
- l'identification des membres de l'équipe qui sont responsables des soins et services avant, pendant et après le décès;
- la préparation de la ou des personnes proches aidantes en fournissant des renseignements sur la préparation du défunt et en précisant les attentes relatives au processus associé aux soins de l'usager après son décès;
- la proposition à la ou les personnes proches aidantes de participer aux soins du corps, comme le laver et l'habiller;
- la possibilité pour la ou les personnes proches aidantes d'attendre dans une autre pièce ou une autre zone pendant que l'on prépare le défunt à quitter les lieux;
- l'offre à un soutien dans le deuil à la ou les personnes proches aidantes pendant et après le décès;
- le maintien de la dignité du défunt et la sensibilité aux effets que le processus peut avoir sur sa ou ses personnes proches aidantes;
- l'offre à un accès 24 heures sur 24 à l'équipe de soins et services, y compris un accès par téléphone ou par des soins et services de télésanté;
- le transport du défunt de manière digne;
- la gestion du dossier santé du défunt, conformément aux souhaits de la ou les personnes proches aidantes;
- le résumé des rôles et responsabilités des membres de l'équipe pendant le décès et le processus suivant le décès.

La procédure s'applique également aux décès qui surviennent à domicile.

2.1.45 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à offrir du soutien aux personnes proches aidantes, avant et après le décès d'un usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'équipe dispose de ressources pertinentes, utiles et à jour au sujet des derniers moments de la vie tels que les signes et symptômes d'un décès imminent, les stratégies d'adaptation, la façon d'offrir du soutien et du réconfort pendant les derniers moments de la vie, ainsi que les services de soutien pour vivre le deuil. L'équipe partage les ressources avec l'utilisateur et sa ou ses personnes proches aidantes ou avec les autres membres de l'équipe selon les besoins.

Après le décès d'un usager, la ou les personnes proches aidantes sont invitées à recourir aux réseaux de soutien communautaire. L'accès à des intervenants en soins spirituels et à des travailleurs sociaux est fourni à l'endroit de la ou des personnes proches aidantes, selon le cas. Quand ceux-ci ne suffisent pas ou lorsqu'on entrevoit que la ou les personnes proches aidantes présentent un risque de réaction complexe face au processus de deuil, l'accès à des services complémentaires est facilité. Des services de soutien sont également disponibles pour la main-d'œuvre qui en manifesterait le besoin.

- 2.1.46 **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.

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 2.1.46.1 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.

Conseils

Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.

Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'utilisateur. Voici des exemples



d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'utilisateur, l'adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la personne proche aidante), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins et services continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'utilisateur, la reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'utilisateur et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'utilisateur ou la personne proche aidante.

L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec les utilisateurs et les personnes proches aidantes en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les utilisateurs et les personnes proches aidantes ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

- 2.1.47 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 2.1.47.1 L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Conseils

Un environnement physique intérieur et extérieur sécuritaire, libre d'obstacles, est essentiel afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Les procédures organisationnelles sont à jour, fondées sur des données probantes et sont conformes aux exigences des autorités compétentes. Les procédures identifient les actions qui doivent être effectuées afin d'offrir un environnement physique sécuritaire, notamment celles :



- De maintenir les planchers propres et secs et de nettoyer rapidement les liquides répandus;
- D'offrir des aides à la mobilité et des meubles adaptés selon la population desservie;
- De veiller à ce que les éléments structurels qui améliorent la sécurité et l'accessibilité soient en place et en bon état de fonctionnement, comme les rampes, les mains courantes, les barres d'appui, les revêtements de sol antidérapants et un éclairage adéquat;
- De réduire au minimum l'encombrement et le désordre;
- D'effectuer des vérifications de sécurité régulières des milieux de soins, et des espaces publics comme les aires de restauration, les entrées et les aires de stationnement.

En tant que membre de l'équipe, l'usager est encouragé à poser des questions, à faire part de ses préoccupations et à participer aux conversations sur la sécurité de l'environnement physique.

2.1.47.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de chutes et de blessures qui en découlent.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de chutes de l'usager et de prévenir les blessures qui en découlent. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer les risques de chutes et de blessures qui en découlent auprès de tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.



Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé de l'usager et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 2.1.47.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque de chutes ou de blessures qui en découlent.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque de chutes ou de blessures qui en découlent, une évaluation complète est effectuée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'usager peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée à l'aide d'outils d'aide à la décision. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. Les outils peuvent inclure des méthodes d'évaluation de la marche, de l'équilibre, de l'humeur, de la vision, de la cognition, de la prise des médicaments, de la comorbidité, des antécédents de chutes, de la gestion des activités de la vie quotidienne et de l'utilisation d'appareils suppléants et de technologie d'appui.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé de l'usager et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 2.1.47.4 L'équipe met en oeuvre 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'usager.

Conseils



Les interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- L'organisation de l'environnement physique de l'utilisateur afin de réduire au minimum l'encombrement et de placer les objets nécessaires à portée de main;
- L'enseignement de techniques d'autogestion de l'utilisateur pour se protéger contre les chutes, comme l'amélioration de sa force musculaire et de son équilibre et lui apprendre à bien tomber sans se faire mal;
- La revue de la pertinence des médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils suppléants pour améliorer la sécurité et la mobilité de l'utilisateur.

Les interventions sélectionnées respectent la procédure organisationnelle sur l'utilisation de mesures de contrôle.

L'information recueillie au cours de l'évaluation est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Elle est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 2.1.47.5 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.

Conseils

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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un utilisateur. Les chutes et les blessures qui en découlent qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents.



La procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 2.1.47.6 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- Les stratégies préventives qui interpellent l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire, comme le partage de l'état de mobilité de l'utilisateur sur son tableau de communication;



- Les stratégies qui permettent aux membres de l'équipe de réduire les risques de chutes et de blessures lorsqu'ils offrent un soutien aux usagers;
- Ce qu'il faut faire lorsqu'une chute ou une blessure qui en découle se produit dans le milieu de soins, ou dans un espace public, y compris la déclaration d'un incident ou accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 2.1.47.7 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent. Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :



- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés aux chutes et aux blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

2.1.48 L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

2.1.48.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer les risques d'atteinte à l'intégrité de la peau d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué



et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de procéder à un repérage de l'intégrité de la peau de tous les usagers. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 2.1.48.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour 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.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, une évaluation complète est réalisée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'usager peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée avec des outils d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes qui reflètent les soins et services prodigués, le milieu de soins, et les populations desservies. Les outils d'évaluation sélectionnés peuvent inclure des méthodes permettant d'évaluer notamment :

- La couleur de la peau, son humidité, sa température, sa texture, son élasticité et la présence de lésions ou de déchirures;
- La perception sensorielle de l'usager, son activité physique, sa mobilité et son exposition à la friction, au cisaillement, à l'humidité et aux facteurs de risques environnementaux;



- La capacité de l'usager à gérer sa propre intégrité cutanée, y compris le maintien d'une bonne hygiène, d'une saine alimentation et d'un bon apport hydrique;
- Les risques associés aux comorbidités, comme le diabète, ou les risques associés aux interventions planifiées, comme la chirurgie ou les thérapies anticancéreuses.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

2.1.48.3 L'équipe met en oeuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.

Conseils

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. Les interventions peuvent inclure notamment :

- La mise en oeuvre de stratégies visant à optimiser l'intégrité de la peau, comme la mobilité, l'hydratation, la nutrition et l'utilisation de crèmes protectrices;
- La réalisation des réévaluations;
- La revue des médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité de la peau;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils comme des lève-personnes, des coussins ou matelas à réduction de pression.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

2.1.48.4



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.

Conseils

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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager.

Il est question d'atteinte nosocomiale à l'intégrité de la peau 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.

La procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incident et accident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les préjudices et optimiser 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance d'optimiser l'intégrité de la peau;
- L'identification des risques évitables et non évitables pour l'intégrité de la peau;
- L'importance d'évaluer les surfaces et les dispositifs qui sont en contact avec la peau;
- L'importance d'évaluer les dispositifs qui pénètrent la barrière cutanée, comme les perfusions intraveineuses;
- La déclaration des atteintes nosocomiales à l'intégrité de la peau à titre d'incident et accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 2.1.48.6 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.

Conseils



L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement afin d'optimiser l'intégrité de la peau.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les blessures et à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à l'atteinte de l'intégrité de la peau dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière d'optimisation de l'intégrité de la peau.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

2.1.49 L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité



2.1.49.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de thromboembolie veineuse d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme celui où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Les outils de repérage sélectionnés identifient les facteurs de risque de thromboembolie veineuse, tels que les antécédents de thromboembolie veineuse, la mobilité réduite, l'âge avancé, les problèmes de santé et toutes formes d'intervention y compris les procédures chirurgicales.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer le risque de thromboembolie veineuse chez tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

2.1.49.2 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.

Conseils



Les outils d'aide à la décision clinique fournissent à l'équipe, y compris l'utilisateur, des informations fondées sur des données probantes pour faciliter la prise de décision. Les outils d'aide à la décision clinique peuvent être intégrés au sein d'ordonnances préétablies.

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque de thromboembolie veineuse, des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés afin de déterminer les interventions requises. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

Les informations recueillies grâce aux outils d'aide à la décision clinique sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

2.1.49.3 L'équipe met en oeuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse s'appuient sur les outils d'aide à la décision clinique et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- Des stratégies quotidiennes comme l'hydratation, la mobilisation, le positionnement et le port de vêtements amples;
- Des stratégies à plus long terme comme le maintien d'un poids santé et l'évitement d'un mode de vie sédentaire;
- Une thromboprophylaxie pharmacologique;
- Une thromboprophylaxie mécanique, comme l'utilisation d'un dispositif pneumatique intermittent.

Le moment de l'initiation, la durée et les exigences de vigilance des interventions thromboprophylactiques sont précisés et adaptés aux caractéristiques de l'utilisateur. Les caractéristiques de l'utilisateur peuvent comprendre le risque de saignement, le poids, les fonctions physiologiques



et les facteurs de risque comme les chutes et l'intégrité de la peau. Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

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

Conseils

Il est question de thromboembolie veineuse nosocomiale lorsqu'un caillot de sang dans une veine ou dans les poumons est causé par une intervention de soins.

La procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration 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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un utilisateur. Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

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



Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir la thromboembolie veineuse. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention de la thromboembolie veineuse;
- Les orientations actuelles sur l'identification du risque de thromboembolie veineuse chez les usagers et les stratégies préventives appropriées, y compris les interventions pharmacologiques et mécaniques;
- La déclaration des incidents thromboemboliques veineux nosocomiaux comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose d'un temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 2.1.49.6 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.



Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'analyse des causes profondes des incidents liés à la thromboembolie veineuse dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant la prévention de la thromboembolie veineuse;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention de la thromboembolie veineuse.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

2.1.50 L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication, comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins et services posthospitaliers, la relecture et la reformulation, favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente, les outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisation. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisation. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les personnes proches aidantes de répéter l'information. Les usagers et les personnes proches aidantes ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

Test(s) de conformité

- 2.1.50.1 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.
- 2.1.50.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.
- 2.1.50.3 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.



2.1.50.4 L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.

2.1.50.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :

- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
- demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
- évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.

2.1.51 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

2.1.51.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.

Conseils

Le meilleur schéma thérapeutique possible est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. Les transitions de soins ont lieu lorsqu'un usager passe d'un milieu de soins à un autre.

La procédure organisationnelle définit la manière d'obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des transitions de soins, en incluant au moins les éléments suivants :



- Des entretiens virtuels ou en personne avec l'utilisateur, ou la personne responsable de la gestion des médicaments de cet usager. 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, les suppléments et tous les remèdes traditionnels ou complémentaires;
- La vérification de la liste des médicaments obtenue de l'utilisateur auprès d'au moins une autre source d'information fiable. Les sources d'information peuvent provenir du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire, du dossier santé de l'utilisateur, de la liste des médicaments au congé de l'hôpital ou de la feuille d'administration des médicaments.

La procédure organisationnelle est à jour et fondée sur des données probantes. La procédure identifie les transitions de soins au cours desquelles le meilleur schéma thérapeutique possible de l'utilisateur doit être réalisé. À titre d'exemples, il peut s'agir de la transition d'un usager vers ou depuis un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, un milieu de soins et services ambulatoires comme une clinique d'oncologie, ou un milieu de soins et services primaires où les médicaments sont gérés.

Le meilleur schéma thérapeutique possible est consigné dans le dossier santé de l'utilisateur. L'information est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 2.1.51.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.

Conseils

Les divergences entre les médicaments non résolues, qu'elles soient intentionnelles ou non, peuvent entraîner des erreurs de médication et causer un préjudice à l'utilisateur, occasionner des rencontres cliniques non planifiées et des coûts connexes pour le système de santé. Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une prescription inappropriée et à la duplication des médicaments ayant une action thérapeutique.



Les divergences entre les médicaments sont identifiées et documentées par un membre au sein de l'équipe ayant les compétences pour le faire. Le meilleur schéma thérapeutique possible est comparé à ce qui a été récemment prescrit ou à ce qu'il est prévu de prescrire.

Les divergences identifiées sont documentées et communiquées au prescripteur de l'ordonnance. Les divergences sont résolues de manière opportune conformément à la procédure organisationnelle.

La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. Toutefois, le risque de divergences entre les médicaments est considérablement réduit lorsque le meilleur schéma thérapeutique possible est établi avant la rédaction d'une ordonnance. L'utilisation de technologies de l'information interopérables contribue à rendre le bilan comparatif des médicaments plus fiable et plus efficace.

Tous changements de médication sont discutés avec l'utilisateur afin de s'assurer qu'ils reflètent ses objectifs et ses préférences de traitement. Ces discussions permettent à l'utilisateur de comprendre quels médicaments doivent être arrêtés ou modifiés, quelles sont les interactions potentielles avec les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tout remède traditionnel ou complémentaire, et comment se départir des médicaments inutiles.

La liste précise des médicaments est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 2.1.51.3 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.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents afin d'éviter les préjudices, réduire les erreurs et atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager.



Les incidents liés au maintien d'une liste précise de médicaments lors des transitions de soins comprennent les cas où le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué, est effectué de façon incorrecte ou n'est pas effectué en temps opportun et aurait pu causer un préjudice ou a causé un préjudice à un usager.

La procédure de déclaration des incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 2.1.51.4 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 transitions de soins.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les résidents et les fellows participent aux activités d'apprentissage requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage liés aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :



- L'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- Les stratégies pour faire participer activement l'utilisateur dans la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, y compris l'évaluation de la connaissance des médicaments de l'utilisateur;
- La communication des changements de médication lors des transitions de soins;
- La formation sur les outils d'aide à la décision clinique du bilan comparatif des médicaments de l'établissement et sur la technologie interopérable;
- La déclaration des incidents liés au maintien d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées conformément à la procédure organisationnelle.

- 2.1.51.5 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 transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.



La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles concernant le bilan comparatif des médicaments, y compris l'évaluation de la fiabilité et de l'exactitude des meilleurs schémas thérapeutiques possibles et l'évaluation des taux de résolution des divergences entre les médicaments et de la rapidité d'exécution;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à la tenue à jour d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur sur l'applicabilité de la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

2.1.52 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à effectuer le triage de l'utilisateur qui se présente à l'urgence.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'équipe procède au triage de chaque usager à l'aide d'outils d'aide à la décision clinique, comme l'Échelle de Triage et de Gravité (ÉTG), permettant de déterminer le niveau de priorité de la prise en charge en fonction de l'état de l'usager. Les outils prennent en considération les besoins spécifiques tels que les déficits de communication ou les besoins de la clientèle pédiatrique. Le triage est effectué rapidement et consigné en temps réel, conformément aux lignes directrices. Chaque usager est trié, quel que soit le mode d'arrivée, notamment par ambulance ou par d'autres services médicaux d'urgence. L'équipe s'assure de réévaluer l'usager selon les délais prescrits afin d'ajuster la prise en charge si l'état de l'usager évolue. Chaque usager est informé de la personne à contacter si son état évolue pendant son attente.

En période d'afflux important et si plusieurs usagers attendent d'être évalués, une évaluation de triage visuelle peut être effectuée afin de repérer l'usager ayant besoin de soins et services urgents et nécessaires.

L'équipe s'assure d'orienter l'usager dont les besoins sont moins urgents vers des zones d'attente appropriées ou, si nécessaire, vers des niveaux de soins alternatifs comme les cliniques de soins d'urgence mineure, conformément à la procédure organisationnelle.

- 2.1.53 L'équipe évalue les besoins en matière de soins et services gériatriques pour les personnes âgées qui utilisent les soins et services d'urgence.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique tels que les outils AINÉES, ISAR et PRISMA-7, pour le repérage de l'usager en perte d'autonomie dans le but d'éviter les hospitalisations non nécessaires et d'assurer le retour à domicile sécuritaire dans un délai opportun.

Le repérage est une responsabilité partagée qui est réalisée de façon proactive et multidisciplinaire. Les personnes âgées ne sont pas uniquement définies par l'âge chronologique, mais également par des éléments de fragilité physique, psychologique et sociale, de pathologies multiples et comorbidités, ainsi qu'un accès limité aux soins et services.

Des interventions systématiques qui tiennent compte de la fragilité des personnes âgées sont en place à l'urgence. Celles-ci visent à mettre l'accent sur les activités de base telles que boire, manger, marcher, s'orienter dans le temps et dans l'espace.



- 2.1.54 L'équipe s'assure que l'équipement et les fournitures appropriés à la clientèle pédiatrique sont disponibles et accessibles à l'urgence.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipement et les fournitures de dimension standard ne sont généralement pas adaptés à la clientèle pédiatrique. L'équipe s'assure ainsi que les fournitures et les équipements pédiatriques sont disponibles, facilement accessibles et vérifiés régulièrement pour assurer leur bon état et leur conformité aux normes de sécurité en vigueur. Ces équipements et fournitures peuvent être stockés à l'urgence ou partagés avec d'autres soins et services d'hospitalisation, comme les soins et services de pédiatrie ou la pouponnière.

- 2.1.55 L'équipe assure la surveillance des usagers en attente à l'urgence.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'état de l'utilisateur peut évoluer, et il est essentiel de surveiller son état pour détecter toute détérioration. La surveillance inclut les usagers situés dans divers lieux d'attente, comme les salles d'attente et les aires de civières. L'équipe veille à ce que des processus soient en place afin d'assurer la réévaluation de l'utilisateur en fonction des besoins identifiés et des directives en vigueur. Lorsque la surveillance continue n'est pas possible, des solutions de rechange doivent être mises en œuvre pour assurer que l'utilisateur en attente soit régulièrement évalué et que les informations pertinentes soient consignées.

- 2.1.56 L'équipe assure une surveillance de l'utilisateur qui a reçu des sédatifs ou des narcotiques.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe suit un protocole établi pour surveiller et consigner l'état de l'utilisateur ayant reçu des sédatifs ou des narcotiques pendant son séjour à l'urgence. Cette surveillance inclut la vérification régulière des signes vitaux et de l'état général de l'utilisateur pour détecter



toute réaction indésirable ou complication. Le protocole est respecté afin d'assurer une prise en charge sécuritaire et appropriée.

2.1.57 L'équipe veille au respect des fonctions attendues des espaces critiques.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les espaces critiques aux urgences, telles que les aires de réanimation, de triage, de santé mentale, et les salles d'isolement, servent à des interventions spécifiques et sont conformes aux normes organisationnelles et aux exigences du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces espaces sont utilisés de manière temporaire pour répondre à des besoins particuliers de protection ou de sécurité de l'utilisateur, notamment en cas d'agressivité, de détresse, ou de comportements autodestructeurs. Par exemple, les salles d'isolement, en matière de prévention des infections, sont conformes aux lignes directrices pertinentes et sont sécurisées, surveillées, et adaptées à leur fonction. L'équipe s'assure que tous ces espaces critiques sont disponibles pour offrir un environnement sécuritaire et confortable.

2.1.58 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer un accès coordonné et en temps opportun aux soins et services offerts par d'autres équipes au sein de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle est fluide et adaptée aux besoins spécifiques des soins et services d'urgence, permettant ainsi une coordination efficace entre l'urgence et les autres soins et services tels que; la médecine, la chirurgie, l'imagerie diagnostique, les laboratoires, la pharmacie, les soins critiques ainsi que les soins ambulatoires. Cette procédure vise à faciliter une prise de décision rapide concernant l'orientation de l'utilisateur, que ce soit pour un congé avec suivi ou une admission, tout en minimisant les délais et les transferts inutiles.

2.1.59 L'équipe assure un accès en tout temps aux médicaments d'urgence et à la main-d'œuvre de la pharmacie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'équipe veille à ce que les processus d'accès aux médicaments d'urgence soient clairs, connus et fonctionnels, que ce soit directement dans l'établissement ou par le biais de partenariats avec d'autres établissements afin de répondre rapidement aux besoins de l'utilisateur.

L'équipe applique les lignes directrices de l'établissement définissant les médicaments d'urgence, pressants ou habituels, en précisant notamment leur type et leur indication clinique. Une armoire de nuit ou un cabinet de distribution automatisé, contenant une sélection limitée de médicaments nécessaires en cas d'urgence, est mis à disposition selon les besoins de l'établissement.

Des processus sont en place pour faciliter l'accès en tout temps à la main-d'œuvre de la pharmacie, que ce soit au moyen de consultations en personne, par téléphone, ou via des technologies comme la télésanté. En dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, l'équipe peut contacter un pharmacien sur appel ou utiliser les services de pharmacie d'un autre établissement.

L'équipe a accès à des références validées et approuvées pour les doses de médicaments adaptées à chaque population, y compris la clientèle pédiatrique, afin de minimiser les erreurs de prescription. Ces informations sont facilement accessibles pour assurer l'ajustement adéquat des doses en fonction des besoins spécifiques de chaque usager, tels que le poids et l'âge. Le respect des protocoles de gestion des médicaments est assuré en cohérence avec les procédures de gestion du circuit du médicament, pour donner lieu à une transition fluide entre les différents points de soins et services.

L'utilisation des médicaments est systématiquement consignée pour fournir des données à jour et favoriser une prise en charge sécuritaire et efficace.

2.1.60 L'équipe ajuste les effectifs en fonction de la charge de travail lors des périodes de volume élevé et d'afflux massifs à l'urgence.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'affectation des membres de l'équipe est ajustée, en fonction des priorités. Les données pertinentes sont utilisées afin de surveiller et améliorer le processus de gestion des périodes de volume élevé. Le processus permet d'évaluer la charge de travail, affecter les membres de l'équipe, répartir la charge de travail de façon équitable et ainsi assurer la sécurité de l'utilisateur.



- 2.1.61 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à prévenir l'encombrement à l'urgence lors des périodes de volume élevé et d'afflux massif.
- Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**
- Conseils
- La procédure organisationnelle définit des protocoles spécifiques pour gérer efficacement les périodes de volume élevé et d'afflux massif. Elle précise quand activer ces protocoles, tels que le ratio usagers-équipe, les taux d'occupation ou un seuil défini pour le temps d'attente de l'utilisateur, comment mobiliser les ressources, et à quel moment communiquer avec d'autres équipes ou partenaires externes afin de désengorger l'urgence de manière optimale.
- La procédure est élaborée en partenariat avec d'autres équipes et des partenaires de la communauté, et elle s'harmonise avec la stratégie organisationnelle de cheminement des usagers ainsi que le plan en réponse à des situations d'urgence et de sinistres de l'établissement.
- 2.1.62 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant la gestion de l'épisode de soins de l'utilisateur lorsqu'il n'est pas possible d'accéder à des lits d'hospitalisation.
- Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**
- Conseils
- La procédure organisationnelle varie en fonction du type et de la taille de l'établissement, de la population desservie et des ressources disponibles. Lorsque les lits d'hospitalisation ne sont pas disponibles, d'autres options peuvent être envisagées. Les options incluent la coordination de transferts vers d'autres établissements ou la gestion temporaire de l'utilisateur à l'urgence, en assurant un suivi et des soins et services adaptés en fonction des besoins spécifiques.
- 2.1.63 L'équipe suit les procédures établies avec les services médicaux d'urgence concernant le transport d'un usager à risque élevé.
- Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**
- Conseils



Les équipes des soins et services d'urgence se mobilisent de manière appropriée selon les protocoles en vigueur, en fonction des informations fournies par les services médicaux d'urgence, notamment lorsqu'un préavis est donné pour des situations critiques telles qu'un arrêt cardiovasculaire, un traumatisme, ou un syndrome coronarien aigu. Les procédures relatives au transport de l'utilisateur sont établies en partenariat avec les services médicaux d'urgence. Cela inclut la formation des partenaires, la mise en place de protocoles cliniques spécifiques, et une communication rapide pour les cas à haut risque. De plus, ces procédures peuvent inclure des mesures comme le contournement de plus petits centres, l'utilisation d'ambulances aériennes, et l'application d'outils d'aide à la décision clinique pour améliorer les résultats de l'utilisateur.

2.1.64 L'équipe respecte la procédure organisationnelle lors de situations d'urgence médicale.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les rôles et les responsabilités, sont compris et respectés par tous les membres de l'équipe durant des situations d'urgence médicale telle la réanimation d'un usager. Le respect de la procédure organisationnelle permet d'assurer que les rôles et responsabilités sont bien assignés et suivis lors des situations d'urgence. Cela assure une collaboration, une communication et un leadership efficaces, conformément à la procédure établie.

2.1.65 L'équipe s'assure que l'équipement, les fournitures et le matériel d'urgence et de réanimation avancée sont disponibles et fonctionnels dans les salles où la sédation peut être effectuée.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe s'assure de vérifier régulièrement la présence et l'état fonctionnel de l'équipement d'urgence et de réanimation avancée dans les salles où la sédation peut être effectuée. Cela comprend entre autres l'oxygène, les dispositifs de ventilation, les défibrillateurs, les moniteurs cardiaques, les unités de succion, ainsi que d'autres équipements essentiels en cas d'urgence. L'équipement doit être entretenu selon les normes en vigueur et être facilement accessible pour permettre une réponse rapide aux situations critiques. L'équipe coordonne ces activités avec les responsables de la gestion des équipements pour s'assurer que tout est conforme aux procédures organisationnelles et aux exigences de sécurité.



- 2.1.66 L'équipe effectue la planification précoce des congés en collaboration avec d'autres équipes de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La planification précoce du congé est effectuée de façon systématique dès l'arrivée de l'utilisateur. La coordination auprès d'autres équipes telles que les soins et services communautaires, les services sociaux ou l'équipe de liaison est réalisée afin de permettre un congé sécuritaire pour l'utilisateur et prévenir les réadmissions.

Cette coordination comprend la prise de décision visant à optimiser le temps de séjour à l'urgence, en considérant tant les admissions que les congés. L'objectif étant de réduire le temps d'attente et de séjour à l'urgence.

- 2.1.67 L'équipe documente les cas où l'utilisateur a quitté sans avoir été vu par le médecin ou avoir été pris en charge.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe documente les situations où l'utilisateur, après avoir été trié, quitte l'urgence sans avoir été vu par le médecin ou avoir été pris en charge. Les données servent entre autres à établir avec les équipes des buts et des objectifs quant au temps d'attente, la durée de séjour, l'acheminement vers d'autres établissements et le nombre d'utilisateurs quittant l'établissement sans avoir été pris en charge. Ces objectifs prennent en compte les réalités des partenaires et peuvent inclure les objectifs régionaux. Les temps d'attente à surveiller comprennent le temps écoulé entre l'arrivée et le déchargement de l'ambulance, la consultation du médecin, les épreuves diagnostiques, ainsi que la décision d'admettre ou de donner congé.

- 2.1.68 L'équipe respecte la procédure organisationnelle liée au programme de dons d'organes et de tissus pour les donneurs vivants et décédés.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'équipe vérifie le Registre de dons d'organes et de tissus afin de déterminer les souhaits et l'intention déclarée du donneur potentiel. En l'absence de volonté exprimée, elle fournit à la ou les personnes proches aidantes des informations claires et complètes pour les aider à prendre une décision éclairée. Les informations transmises peuvent comprendre :

- des détails sur le processus pour consulter le registre des donneurs;
- les démarches nécessaires pour accéder au dossier santé du donneur potentiel;
- les exigences concernant les antécédents sociaux, l'examen physique et les analyses nécessaires;
- ainsi que des précisions sur la confidentialité des résultats et l'utilisation prévue des organes et tissus donnés.

Les soins et services relatifs à la procédure de don, à la suite d'un décès circulatorio, sont clairement définis et incluent une déclaration précise de la position de l'établissement pour prévenir toute confusion et uniformiser la pratique clinique. Ces soins et services tiennent également compte des besoins des receveurs potentiels, notamment pour garantir que les organes et tissus donnés répondent aux critères médicaux et aux exigences légales applicables.

Si l'établissement n'offre pas de soins et services spécifiques pour le don à la suite d'un décès circulatorio, un processus est mis en place pour répondre aux demandes des personnes proches aidantes, notamment en les orientant vers des établissements appropriés.

Lors de l'élaboration ou l'amélioration des procédures en matière de dons d'organes et de tissus, l'équipe s'assure d'impliquer des usagers, y compris des receveurs d'organes ou de tissus.

2.1.69 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'identification et l'acheminement de chaque donneur potentiel.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle doit être adaptée au type d'établissement et inclure des critères d'exclusion propres aux différents organes et tissus. Ces critères peuvent comprendre des éléments tels que l'incapacité de déterminer la cause du décès, un décès causé par la rage ou un risque élevé d'infection au virus de l'immunodéficience



humaine (VIH). Les soins de fin de vie englobent également le choix offert au donneur potentiel de faire un don, tout en assurant que les organes et tissus prélevés répondent aux besoins spécifiques des receveurs, selon les exigences légales applicables.

2.1.70 L'équipe respecte les procédures normalisées de l'organisme de dons d'organes et de tissus.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les procédures normalisées incluent des directives détaillées pour l'identification, l'évaluation et la gestion des donneurs potentiels, tout en assurant une coordination efficace avec les organismes de dons d'organes et de tissus, les banques de tissus et les centres de transplantation. Ces procédures couvrent également les besoins des receveurs, comme la gestion des listes d'attente, l'appariement des organes et tissus, et la communication des résultats pertinents aux receveurs et aux équipes médicales impliquées.

Les procédures doivent inclure :

- l'examen physique des donneurs potentiels, les analyses sérologiques, les tests de dépistage des maladies infectieuses, ainsi que la gestion des résultats positifs de ces tests, qui doivent être communiqués aux autorités de santé et aux parties prenantes concernées, y compris les receveurs lorsque nécessaire;
- un manuel des procédures d'opérations normalisées, accessible à l'équipe et contenant des informations sur chaque procédure, telles que les objectifs, les dates d'entrée en vigueur et de révision, et les responsabilités associées. Ce manuel peut être fourni par l'organisme de dons d'organes et de tissus.

La conformité des équipes est vérifiée régulièrement par le directeur médical ou son remplaçant désigné. L'efficacité des procédures d'opérations normalisées est examinée annuellement, et des modifications peuvent être apportées en fonction des résultats.

Enfin, des protocoles fondés sur les meilleures pratiques sont appliqués pour optimiser la gestion des donneurs immédiatement après la déclaration du décès et durant les étapes d'évaluation, en assurant un suivi rigoureux de l'hémodynamique, de la glycémie, de la ventilation, de la température et d'autres paramètres critiques, tout en garantissant que ces actions répondent aux critères et attentes des receveurs potentiels.

2.2 Pratiques transversales



- 2.2.1 Les équipes s'assurent que l'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les autres options aux soins et services de télésanté pourraient comprendre la visite en personne ou la consultation téléphonique avec un membre de la main-d'œuvre. Les usagers devraient s'attendre à recevoir la même qualité de soins et services, peu importe leur forme.

- 2.2.2 Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents sont disponibles sur le point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées. La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :

- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;



- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle ou l'utilisation de marqueurs fluorescents ou d'adénosine triphosphate (ATP).

2.2.3 Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Par exemple, l'établissement peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.

2.2.4 Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle ainsi que sur l'importance et la pertinence de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoire. L'information



est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les publics cibles. Le style de présentation est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension.

Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres et les écrans dans les salles d'attente.

- 2.2.5 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique portent sur les moyens de détecter une éclosion, de déterminer sa cause (y compris si elle provient d'aliments contaminés), de recueillir des données ou des échantillons pour trouver d'autres cas, ainsi que de contenir une éclosion dès qu'elle est détectée.

- 2.2.6 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe responsables de recueillir et de mettre à jour l'information sur les allergies et les réactions indésirables aux médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur sont spécifiés. Les champs d'information relatifs aux allergies des usagers dans le profil et le type de réaction, la gravité et la date à laquelle l'allergie a été identifiée sont consignés.

- 2.2.7 Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Il faut consulter le profil de l'utilisateur pour vérifier toutes les « bonnes » conditions de l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.

2.2.8 Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux ou à l'efficacité clinique. Les informations pertinentes sont consignées au dossier santé de l'utilisateur. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



Chapitre 3: Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire

Contexte

Ce chapitre porte sur l'évaluation des soins et services de radiologie, de résonance magnétique, de médecine nucléaire et d'imagerie interventionnelle offerts aux populations de tous âges en milieu hospitalier ou provenant de l'externe.

Ces soins et services ont pour objectif d'obtenir des images du corps humain à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Les critères du chapitre favorisent une approche intégrée des soins et services d'imagerie. Ils font référence à une collaboration étroite entre les prestataires de ces soins et services et les professionnels qui en prescrivent l'utilisation, afin d'assurer une prestation d'imagerie diagnostique et interventionnelle sécuritaire et de haute qualité. L'évaluation de ce chapitre s'appuie sur les orientations ministérielles et les meilleures pratiques en vigueur. Pour les secteurs d'imagerie interventionnelle, l'utilisation du chapitre des soins et services péri-interventionnels est conseillée.

Remarque: Les critères 35 à 45 des chapitres 2 à 8 portent sur les soins palliatifs et de fin de vie. L'utilisation du terme « objectifs de soins » dans ces critères remplace celui de « niveaux de soins » utilisé précédemment. Par ailleurs, les chapitres 2 - Soins et services d'urgence (usagers inscrits), 4 - Soins et services d'hospitalisation (usagers admis), et 7 - Soins et services critiques (usagers admis) incluent trois critères relatifs au don d'organes et de tissus, répartis en fonction de la nature des soins et services offerts.

3.1 **Épisodes de soins et services - Soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire**

3.1.1 L'équipe adopte une approche inclusive dans l'ensemble de sa prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une approche inclusive nécessite une ouverture réelle par l'équipe envers la diversité sous toutes ses formes. Cette approche tient compte des dimensions identitaires, des



déficits intellectuels, physiques, et sensoriels ainsi que celles d'appartenance culturelle ou religieuse, des croyances et des pratiques culturelles et spirituelles, de l'âge, des expériences de vie antérieures et des traumatismes potentiels, ainsi que du statut socioéconomique. Ces dimensions comprennent également la diversité sexuelle et la pluralité des genres.

L'équipe veille à utiliser un langage neutre, évitant toute présomption concernant l'identité, l'orientation sexuelle, les capacités physiques ou intellectuelles, ou la structure familiale d'un usager dans ses interactions avec celui-ci. Cette approche permet la reconnaissance de l'identité de l'usager dans le système de santé en entier, peu importe sa porte d'entrée et tout au long du continuum de soins et services.

En adoptant cette approche, l'équipe veille à ce que l'usager soit considéré avec respect et bienveillance, tout en prenant en compte de ses changements de prénom usuel ou de pronoms, même si ceux-ci diffèrent de ceux inscrits au dossier santé ou aux documents officiels. L'équipe encourage l'utilisation des bons prénoms usuels ou des pronoms choisis par l'usager et, dans la mesure du possible, indique ces derniers au dossier santé. L'inclusion de la famille choisie, c'est-à-dire de sa ou ses personnes proches aidantes ou de son ou de ses partenaires de vie qui ne font pas partie de la famille au sens légal ou biologique, est également favorisée afin de respecter l'hétérogénéité des structures familiales possibles. De plus, le respect de l'identité du genre est appliqué en tout temps, même lorsque l'usager n'est pas présent et ce respect s'applique également à sa ou ses personnes proches aidantes.

L'équipe respecte le rythme de dévoilement de l'usager et fait preuve d'humilité à cet égard, reconnaissant que l'expression de l'identité de l'usager ne lui appartient pas. Ainsi, il faut éviter de poser des questions de nature intrusive et laisser l'usager dévoiler les informations pertinentes à son identité au rythme qui lui convient. Si des questions de nature délicate doivent être posées, l'équipe en explique la raison.

3.1.2 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la confidentialité des renseignements personnels de l'usager.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La notion de confidentialité comprend la protection de la vie privée et des renseignements personnels. L'usager a le droit de savoir comment ses renseignements sont utilisés et comment accéder à son dossier santé ainsi qu'aux renseignements qui le concernent.



Si l'équipe doit partager des renseignements avec la ou les personnes proches aidantes de l'utilisateur, une tierce personne, ou une autre entité hors établissement, comme des organismes communautaires ou des cliniques privées, l'équipe s'assure d'obtenir le consentement de l'utilisateur durant la prestation des soins et services. Ce consentement peut être obtenu au moment de désigner sa ou ses personnes proches aidantes auxquelles l'utilisateur donne l'accès à ses renseignements.

3.1.3 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique afin de soutenir les usagers vivant en contexte de vulnérabilité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique, tels que des outils de dépistage et d'évaluation reconnus, des guides de pratique cliniques, des protocoles de soins, des outils d'intervention, des fiches techniques et des plans d'intervention. Ces outils permettent d'identifier les interventions appropriées, qu'elles soient cliniques, psychosociales ou autres, afin de répondre de manière globale et adaptée aux besoins de l'utilisateur. Ils contribuent également à réduire les variations inattendues dans les pratiques et à assurer une approche intégrée et standardisée.

3.1.4 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à traiter les plaintes en matière de violations des droits de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il est important que l'équipe soutienne l'utilisateur dans sa démarche pour formuler toute plainte de violation des droits de l'utilisateur. Cette démarche contribue à maintenir une relation positive et de confiance avec l'utilisateur. Elle permet également à l'utilisateur de continuer à recevoir des soins et services de qualité, sans crainte de représailles.

Selon la procédure en vigueur, les plaintes peuvent être présentées par l'utilisateur, le mandataire, la ou les personnes proches aidantes, ou toute personne ayant été témoin d'une situation de violations des droits de l'utilisateur. L'équipe favorise un environnement dans lequel chacun se sent en sécurité pour exprimer ses préoccupations et formuler ses plaintes.



Les plaintes peuvent porter sur des questions de sécurisation culturelle et de stigmatisation. Elles peuvent également être liées à des violations de la confidentialité des informations de santé. L'équipe informe l'utilisateur de la procédure organisationnelle pour déposer une plainte, signaler une violation de ses droits ou faire part de ses préoccupations. L'équipe fournit également à l'utilisateur des informations sur les partenaires au sein et à l'extérieur de l'établissement qui peuvent l'aider à exprimer ses préoccupations ou à déposer une plainte, comme les défenseurs des droits des usagers, les ordres professionnels ou les commissaires à la protection de la vie privée. Ces partenaires restent neutres et objectifs lorsqu'ils consultent ou conseillent l'utilisateur afin d'aider à résoudre les déséquilibres de pouvoir que l'utilisateur peut rencontrer lorsqu'il éprouve des insatisfactions avec les membres de l'équipe, les gestionnaires ou l'établissement dans son ensemble.

La procédure organisationnelle protège l'anonymat, la confidentialité et la sécurité des informations du rapport même et de la personne qui remplit ce rapport. Cette procédure rassure l'utilisateur dans l'éventualité où il dépose une plainte, signale une violation de ses droits ou fait part de ses préoccupations, ces actions ne limiteront pas ou n'affecteront pas négativement ses soins et services. La procédure comprend des moyens pour respecter la confidentialité des rapports, gérer les incidents et l'escalade, ainsi que pour définir les délais de réponse attendus.

3.1.5 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à évaluer l'aptitude de l'utilisateur à prendre des décisions éclairées sur ses soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'incapacité de l'utilisateur à prendre une décision éclairée sur ses soins et services a des répercussions importantes sur le maintien de ses droits à ces soins et services et sur la planification, la prestation et les résultats de ceux-ci. L'utilisateur est présumé apte, à moins qu'il y ait des preuves manifestes que l'utilisateur n'a pas la capacité de prendre une décision précise en matière d'un soin ou d'un service qui s'impose. L'utilisateur est informé, selon un langage qu'il peut comprendre, qu'il fait l'objet d'une évaluation de l'aptitude.

L'utilisateur est soutenu dans l'atteinte et la démonstration de ses capacités de diverses façons. Par exemple, l'utilisateur peut avoir le temps de réfléchir ou d'assimiler l'information, ou de recevoir le soutien d'un membre de l'équipe ou d'un défenseur. Si des conditions temporaires interfèrent avec la capacité de l'utilisateur à prendre des décisions, comme la sédation, l'intoxication, le délirium ou la douleur, il faut attendre que ces conditions se



soient estompées avant d'évaluer sa capacité. L'aptitude à consentir peut varier dans le temps et nécessiter une évaluation en continu. Si un usager n'est pas en mesure de donner son consentement, ses décisions en matière de soins et services peuvent être prises par l'entremise d'un mandataire, conformément aux lois applicables.

L'équipe, y compris l'usager et son mandataire, comprend les lois applicables liées à la prise de décisions par le mandataire. L'information sur ces sujets est communiquée en temps opportun et dans un format clair et approprié pour chaque public cible.

3.1.6 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à obtenir, de façon itérative et continue, le consentement éclairé, libre et volontaire de l'usager à recevoir des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le consentement est obtenu avant chaque intervention ou procédure, aux points de transition de soins et au moment du congé ou d'un transfert.

Le consentement éclairé et volontaire de l'usager fait partie intégrante du droit de l'usager de prendre des décisions concernant ses soins et services et de ce qui arrive à sa personne. Les renseignements sur les options de soins et services, leurs avantages, risques et solutions de rechange sont communiqués à l'usager de façon claire et en temps opportun. L'usager a le temps de passer en revue les renseignements, de les comprendre et d'obtenir des réponses à ses questions avant qu'on lui demande de donner son consentement.

Le consentement peut être implicite, généralement par le comportement ou les actions d'un usager, ou il peut être explicite, verbalement ou par écrit. Dans les cas où les pressions opérationnelles peuvent être perçues comme influant sur le consentement, le recours au consentement implicite est évité et des mesures sont prises pour confirmer que ce consentement est possible, éclairé et volontaire. Les normes de pratique pour les professionnels de la santé et les procédures organisationnelles définissent les activités de soins et services qui nécessitent un consentement explicite.

Tout problème qui peut interférer avec la capacité de l'usager à donner un consentement éclairé et volontaire est cerné et considéré de manière proactive, favorisant un environnement sécuritaire et non coercitif. Si un usager n'est pas en mesure de donner son consentement, ses décisions en matière de soins et services peuvent être prises par l'entremise d'un mandataire, conformément aux lois applicables.



L'utilisateur est toujours informé des prises de décisions concernant ses soins et services et y participe autant que possible. En cas d'urgence, l'obtention d'un consentement peut ne pas être possible. Si un souhait particulier est formulé par l'utilisateur concernant sa situation, ce souhait est respecté. Tous les renseignements requis, y compris les obstacles perçus à la réception d'un consentement éclairé et volontaire d'un usager, sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur par un membre autorisé de l'équipe.

3.1.7 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à respecter le rôle du mandataire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un mandataire est nécessaire lorsque l'utilisateur est incapable de prendre lui-même une décision en matière de soins et services ou celle se rapportant à d'autres soins personnels. Le mandataire agit au nom de l'utilisateur et est considéré comme un membre actif de l'équipe.

L'équipe travaille avec l'utilisateur pour l'aider à comprendre le rôle du mandataire et l'importance d'identifier une personne pour assumer cette fonction. Dans la mesure du possible, l'équipe doit faire participer l'utilisateur quant au choix du mandataire.

L'équipe recueille des informations sur le mandataire de l'utilisateur, notamment son nom, sa relation avec l'utilisateur et ses coordonnées. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur et son dossier santé.

L'équipe aide le mandataire à s'acquitter de ses responsabilités en matière de prise de décision. Le mandataire a l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de participer aux conversations sur les options en matière de soins et services.

3.1.8 L'équipe respecte la procédure organisationnelle afin d'accompagner l'utilisateur qui exprime la volonté de mettre fin aux soins et services, de les limiter, ou d'être transféré vers un autre prestataire de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'utilisateur peut, en tout temps et à tout moment, demander de poursuivre ses soins et services avec un autre prestataire ou une autre équipe. Un effort doit être fait pour comprendre le raisonnement derrière la demande, afin d'accommoder celle-ci de manière appropriée. Ainsi, dans les situations où la demande est motivée par des propos discriminatoires ou des préjugés, l'équipe doit accompagner l'utilisateur afin de discuter de ses motivations et d'engager une réflexion respectueuse.

Les risques, de même que la disponibilité potentielle liée au transfert, ainsi que les autres services communautaires accessibles après le transfert sont passés en revue avec l'utilisateur.

Un cadre d'éthique ou décisionnel fondé sur les valeurs est utilisé pour travailler avec l'utilisateur qui a choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans ces démarches afin de parvenir à un résultat juste et équitable pour tous.

3.1.9 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à permettre à l'utilisateur d'identifier sa ou ses personnes proches aidantes qui intégreront l'équipe.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le cadre de ses soins et services, l'utilisateur peut choisir de faire participer sa ou ses personnes proches aidantes. L'utilisateur définit la façon dont il souhaite que sa ou ses personnes proches aidantes participent à ses soins et services. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur. La ou les personnes proches aidantes peuvent jouer un rôle essentiel dans les soins et services de cet usager et font partie de l'équipe selon ses souhaits.

La procédure organisationnelle prévoit des entretiens avec l'utilisateur, et précise que l'équipe doit pleinement informer l'utilisateur en quoi consiste une personne proche aidante, des raisons pour lesquelles il peut vouloir se doter d'une telle personne et des étapes à suivre pour choisir une ou plusieurs personnes proches aidantes. Ces étapes sont mises en œuvre lorsque l'utilisateur n'est pas en situation de crise ou à haut risque pour lui-même ou pour autrui et qu'il est apte à donner son consentement. Le consentement de l'utilisateur est un processus itératif et continu qui peut changer à tout moment.

L'équipe discute avec l'utilisateur des personnes autorisées à participer à ses soins et services afin de lui permettre de révéler, en toute sécurité et confidentialité, si la présence ou la participation d'une personne n'est pas souhaitable.



3.1.10 L'équipe facilite l'accès à des soins et services pouvant répondre aux besoins des personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe reconnaît que la ou les personnes proches aidantes choisies par l'utilisateur peuvent avoir leurs propres besoins en matière de soins et services. Ces besoins peuvent viser à favoriser leur propre santé et leur bien-être ou à leur permettre de participer activement aux soins et services de l'utilisateur. La ou les personnes proches aidantes peuvent être affectées par la santé de l'utilisateur, n'avoir que peu ou pas de formation, d'expérience ou de soutien pour y faire face.

L'équipe fournit ou facilite l'accès aux soins et services pour la ou les personnes proches aidantes, que ce soit à l'intérieur de l'établissement ou au sein de ressources communautaires. Ces soins et services peuvent inclure des programmes d'autogestion pour renforcer les capacités de la personne à faire face à sa situation, des groupes de soutien et des organismes communautaires pour favoriser l'intégration sociale, ainsi que des services de répit pour soutenir son réseau familial.

3.1.11 L'équipe favorise la pleine participation de l'utilisateur tout au long du continuum de soins et services par le partage de renseignements complets.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur est informé de ses droits et responsabilités avant toute prestation de soins et services. Les responsabilités de l'utilisateur comprennent la considération des autres avec respect, la communication de renseignements exacts, le signalement des risques pour la sécurité et le respect de la réglementation.

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle pour un choix éclairé et pour la prise de décisions de l'utilisateur. L'utilisateur reçoit l'information dont il a besoin pour prendre des décisions sur ses soins et services. Les renseignements sont transmis en fonction des besoins et des préférences de l'utilisateur, ainsi que de sa ou ses personnes proches aidantes, si l'utilisateur le souhaite. Cela prend en compte son niveau



de compréhension, d'alphabétisation ainsi que de sa langue et de sa culture. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'utilisateur en temps opportun, de manière claire et adaptée.

Différents moyens de communication peuvent être utilisés selon le contexte et la nature de l'information à transmettre. Par exemple, des sujets plus sensibles ou complexes peuvent nécessiter une approche plus structurée que des échanges de nature plus routinière.

L'équipe s'assure que l'utilisateur est pleinement intégré dans le processus décisionnel à chaque étape. L'utilisateur est informé des risques et des bienfaits des soins et services, des interventions proposées, ainsi que des ressources disponibles, y compris des groupes de soutien, des soins et services en cas de situation urgente et la façon de joindre les membres de l'équipe.

L'équipe favorise également l'autogestion de l'utilisateur par l'éducation et l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, lui permettant ainsi de maintenir son autonomie et d'améliorer son état de santé et sa qualité de vie. L'équipe encourage les questions, les commentaires et veille à ce que les renseignements soient compris, afin que l'utilisateur puisse prendre des décisions en toute confiance et selon ses préférences.

3.1.12 L'équipe utilise une approche de prise de décision d'ordre éthique pour soutenir la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les questions d'ordre éthique comprennent des situations où des valeurs peuvent être conflictuelles, rendant la décision difficile à prendre. Ces questions peuvent être complexes et poser un risque à la vie de l'utilisateur. Elles peuvent aussi être liées aux activités quotidiennes. On compte notamment les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre avec des risques, ainsi que les demandes de retrait ou de cessation de certains soins ou services. L'équipe est incitée à se référer au cadre éthique organisationnel et aux principes directeurs identifiés dans le plan stratégique de l'établissement pour orienter ses décisions. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans les cas où des décisions complexes doivent être prises.

3.1.13 L'équipe communique à l'utilisateur les possibilités de participation aux projets de recherche en cours et aux projets d'amélioration de la qualité.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur a le droit d'être informé des possibilités de participer à des activités de recherche. Il peut contribuer à ces projets soit à titre de participant ou à titre d'expert en la matière agissant comme chercheur contributeur ou cochercheur. Les personnes souhaitant participer à des projets de recherche doivent être informées de ces activités ainsi que de la façon d'obtenir des informations supplémentaires sur les modalités de participation. Si la recherche fait partie du mandat de l'établissement, les équipes devraient être à l'affût des recherches en cours et offrir à l'utilisateur la possibilité d'y participer.

De la même manière, l'utilisateur peut également être invité à participer aux projets d'amélioration de la qualité, en cours dans l'établissement.

L'équipe suit une procédure d'examen éthique pour déterminer quand il convient de faire participer un utilisateur à une activité de recherche, conformément au cadre d'éthique de la recherche en vigueur dans l'établissement.

- 3.1.14 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à déclarer un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur survenu lors de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les incidents et accidents liés à la sécurité sont définis au sein de la procédure.

Un incident ou accident lié à la sécurité est un événement ou une situation qui aurait pu ou a causé un préjudice à un utilisateur. Les incidents ou accidents liés à la sécurité de l'utilisateur peuvent comprendre des erreurs de médication, d'intervention ou de test diagnostique, des blessures, des chutes ou des problèmes de matériel ou d'équipement, de communication, d'identification de l'utilisateur, de bris de confidentialité, de violence ou d'agression.

La procédure organisationnelle est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes. Elle indique quels types d'incidents ou d'accidents doivent être signalés, comment les signaler et à qui. La procédure est simple, claire, confidentielle et axée sur l'amélioration du système.



L'équipe consigne l'incident ou l'accident lié à la sécurité dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents ou accidents liés à la sécurité. L'information est partagée avec les membres de l'équipe appropriés.

- 3.1.15 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à divulguer un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur survenu lors de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les incidents et accidents liés à la sécurité sont définis au sein de la procédure.

La divulgation est un droit pour l'utilisateur et une obligation pour l'établissement, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Ce processus formel implique une discussion ouverte entre l'utilisateur ou, s'il est inapte, son mandataire, et la personne responsable du suivi au sujet d'un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur.

La divulgation soutient l'amélioration de la sécurité, favorise le rétablissement des personnes concernées, contribue au maintien de la confiance et constitue un moyen de communication tout au long du processus de gestion de l'accident ou l'incident. La divulgation est un processus dans lequel plusieurs conversations de divulgation ont lieu au fil du temps, en commençant par la divulgation initiale et en progressant vers la divulgation à la suite de l'analyse, une fois que les causes de l'événement sont connues.

La procédure organisationnelle décrit les événements liés à la sécurité qui doivent être divulgués, la personne qui dirige et soutient le processus de divulgation, ce qui doit être communiqué et à qui, quand et comment divulguer des informations sur l'incident ou l'accident et comment documenter la divulgation. La procédure décrit également les types de soutien qui peuvent être offerts à l'utilisateur et aux autres personnes impliquées dans l'incident ou l'accident découlant de la prestation de soins et services.

L'équipe consigne la divulgation dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents ou accidents liés à la sécurité. L'équipe collabore avec l'utilisateur afin de connaître son expérience concernant le processus de divulgation. Cette rétroaction est documentée par l'équipe et utilisée afin d'améliorer la procédure.

- 3.1.16 L'équipe se prépare aux situations d'urgences et aux sinistres en participant à des exercices de simulation.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ces simulations représentent des exercices concrets qui renforcent les compétences des membres de l'équipe en vue de se préparer aux situations d'urgences et aux sinistres. Compte tenu de l'évolution constante des populations et de la main-d'œuvre dans les établissements, ces simulations doivent être effectuées de façon périodique. En utilisant une approche fondée sur le travail d'équipe, les simulations sont effectuées aux intervalles attendus et de la manière décrite dans les procédures.

Chaque année, les équipes effectuent au moins une simulation physique, en personne, d'un type d'urgence ou d'un élément de la procédure d'évacuation. D'autres exercices de simulation peuvent être effectués virtuellement ou au moyen d'un exercice de simulation de table. Les exigences des autorités compétentes peuvent imposer des simulations plus fréquentes, comme les exercices d'évacuation en cas d'incendie.

Une fois la simulation terminée, les gestionnaires et les équipes effectuent un débriefage pour évaluer le déroulement, en faire un bilan, déterminer les suivis à effectuer, ou proposer d'éventuelles améliorations aux opérations futures. Les procédures sont mises à jour après les activités de simulation et à chaque fois qu'un changement dans l'environnement de l'établissement est susceptible de les affecter, comme la perte d'une salle commune ou d'un autre espace. Les équipes sont informées de toute modification des procédures et ont accès aux versions les plus à jour.

- 3.1.17 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la gestion des comportements perturbateurs et agressifs.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les comportements perturbateurs et agressifs se caractérisent par des actions, des mots ou des gestes néfastes exprimés par un usager, par sa ou ses personnes proches aidantes ou par un mandataire. Les expériences de traumatismes passés et les douleurs nouvelles ou aggravées peuvent contribuer à un comportement perturbateur et agressif.

En utilisant une approche basée sur le travail d'équipe, cette dernière suit la procédure organisationnelle pour prévenir, évaluer et gérer les comportements perturbateurs et agressifs. Cette procédure comprend des approches préventives telles que la reconnaissance des antécédents ayant causé un comportement perturbateur et agressif ou les préférences et les habitudes de l'usager.



L'équipe adopte une approche adaptée aux traumatismes, culturellement sécuritaire, pour soutenir l'utilisateur qui présente des comportements perturbateurs et agressifs. L'utilisation de mesure de contrôle se fait en dernier recours et en conformité avec la procédure organisationnelle. L'équipe travaille en collaboration afin d'identifier les causes potentielles des comportements perturbateurs et agressifs et les approches non pharmacologiques pour y remédier. Dans la mesure du possible, l'équipe calme et redirige l'utilisateur, et prend des mesures pour traiter la cause des comportements. L'adaptation de l'environnement afin de réduire ou d'augmenter les stimuli, proposer des activités ou du matériel calmant sont des stratégies d'intervention que l'équipe peut utiliser dans le but de prévenir et gérer les comportements perturbateurs agressifs.

L'équipe facilite l'accès aux professionnels appropriés pour une évaluation et un soutien lorsque les comportements perturbateurs et agressifs de l'utilisateur ne répondent pas aux stratégies mises en œuvre par l'équipe. L'équipe consigne les comportements perturbateurs et agressifs de l'utilisateur et les mesures prises pour y remédier dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé de ce dernier. L'information est partagée avec les membres de l'équipe appropriés.

L'équipe peut être sensibilisée aux comportements perturbateurs et agressifs et recevoir une formation sur la gestion de ces types de comportements, dont la formation OMEGA. Cette formation peut aider la main-d'œuvre à reconnaître, prévenir et gérer efficacement ces comportements tout en assurant la sécurité de tous. Les approches de gestion des comportements perturbateurs et agressifs peuvent également inclure les visiteurs et les personnes proches aidantes.

- 3.1.18 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'utilisation des mesures de contrôle les moins restrictives en tant que dernier recours lors de la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les mesures de contrôle physiques, chimiques ou environnementales, comme l'isolement, n'ont pas de valeur thérapeutique et ne doivent pas être utilisées dans les milieux de soins que ce soit à des fins thérapeutiques ou punitives. Le recours à des mesures de contrôle visant à limiter les mouvements de l'utilisateur ou son comportement peut avoir des effets indésirables significatifs sur son bien-être physique, mental et émotionnel.

Les mesures de contrôle sont connues pour augmenter le risque de traumatismes psychologiques et physiques, de complications respiratoires et cardiaques, d'état



confusionnel aigu, d'agitation, de chutes, de dégradation de la peau et de déconditionnement. Les mesures de contrôle ne sont utilisées qu'à court terme et en dernier recours lorsqu'il existe un risque imminent et significatif de préjudice grave à l'endroit de la vie ou de la santé de l'utilisateur ou d'autres personnes, et que toutes les autres stratégies et interventions de prévention ont échoué ou ont été jugées inappropriées en vue d'assurer la sécurité de ces personnes.

La procédure organisationnelle aborde les actions suivantes qui sont aussi comprises dans les activités de l'équipe :

- travailler avec l'utilisateur de façon proactive pour reconnaître ses déclencheurs et identifier des stratégies de désescalade en vue de prévenir le recours à des mesures de contrôle;
- demander le consentement de l'utilisateur, ou, s'il est inapte, celui de son mandataire, avant qu'une mesure de contrôle ne soit utilisée en tant que dernier recours ou lorsque la prolongation de la mesure de contrôle est jugée nécessaire;
- documenter le recours à la mesure de contrôle, y compris une justification à la lumière de solutions de rechange tentées ou envisagées, d'un consentement ou d'un refus de la part de l'utilisateur ou de son mandataire, de la nature et de la durée de la mesure de contrôle, et des activités de l'équipe visant à assurer la vigie de l'impact de la mesure de contrôle et à explorer et à promouvoir des solutions de rechange pendant toute la durée du recours à la mesure de contrôle;
- réduire ou interrompre l'utilisation de la mesure de contrôle le plus tôt possible et avoir recours à d'autres actions visant à maintenir en sécurité l'utilisateur et les autres personnes;
- mener des réunions de bilan comprenant l'utilisateur à la suite de l'utilisation de mesures de contrôle et faciliter l'accès de l'utilisateur à du soutien psychologique culturellement sécuritaire ainsi qu'à d'autres soutiens;
- répondre à toute exigence en matière de rapports au-delà de ce qui précède;
- évaluer la conformité avec la procédure organisationnelle et les meilleures pratiques en vue d'éliminer ou de réduire l'utilisation des mesures de contrôle dans les milieux de soins grâce à des méthodologies éclairées par des données probantes.

L'équipe a accès à la formation et du perfectionnement sur le recours sécuritaire et approprié aux mesures de contrôle. Ces formations couvrent, notamment, l'orientation sur la philosophie de l'établissement visant la prestation des soins les moins restrictifs possibles, sur les politiques traitant de l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, sur les soins et services à dispenser à l'utilisateur pour qui des mesures de contrôle sont utilisées, sur la surveillance de l'utilisateur pendant le recours aux mesures de contention et sur la façon de consigner le recours à de telles mesures.



- 3.1.19 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique visant à évaluer l'état de santé de l'utilisateur de façon holistique tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de l'état de santé est effectuée le plus tôt possible au moment de la prise en charge et tout au long du continuum de soins et services. L'évaluation, éclairée par l'historique et la condition clinique actuelle de l'utilisateur ainsi que par les informations obtenues lors des transferts, tient compte des besoins biopsychosociaux de l'utilisateur, incluant les aspects physiques, mentaux, sociaux et spirituels. Il est également important de considérer les interactions entre les déterminants individuels de la santé, tels que le mode de vie, et les facteurs sociaux et environnementaux comme le revenu, l'éducation et le logement.

L'information est validée, revue et mise à jour régulièrement, particulièrement en cas de changement dans l'état de santé de l'utilisateur. Ces changements sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur.

- 3.1.20 L'équipe assure un accès en temps opportun aux services de consultation, aux services de diagnostic, aux analyses de laboratoire, ainsi qu'aux résultats.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'accès aux services de consultation, de diagnostic et aux analyses de laboratoire est organisé de manière à répondre aux besoins urgents de l'utilisateur, en tenant compte des ressources disponibles et des réalités organisationnelles telles que les heures d'ouverture et la dotation.

L'équipe suit les procédures en place permettant un accès rapide et en temps opportun à ces services, avec une priorité accordée aux situations critiques et urgentes. Lorsque ces services ne sont pas disponibles sur place, l'équipe a accès à des processus de partenariat ou des procédures permettant d'obtenir ces services de manière efficace. Les consultations peuvent être réalisées en personne, par télémédecine, ou via le personnel de garde. Des protocoles sont en place pour définir les priorités en fonction de la gravité des états cliniques et des tests requis.



L'équipe s'assure également que l'accès en temps opportun aux spécialistes ayant de l'expertise en santé pédiatrique est offert.

3.1.21 L'équipe respecte la procédure organisationnelle de hiérarchisation et d'accès aux soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il existe une procédure organisationnelle de hiérarchisation et d'accès aux soins et services qui tient compte des besoins de l'utilisateur identifiés lors d'évaluations tout au long du continuum de soins et services.

Les besoins font référence ici à ce qui est requis pour réaliser les objectifs et atteindre les résultats souhaités de soins et services pour l'utilisateur. L'information recueillie est utilisée pour déterminer si ces soins et services offerts par l'établissement répondent aux besoins et aux préférences de l'utilisateur, pour cerner les besoins immédiats et pour établir les priorités quant à la prestation de ces soins et services. L'évaluation des besoins peut être répétée de façon périodique tout au long du continuum des soins et services afin d'adapter ceux-ci et de déterminer si de nouveaux soins et services doivent être initiés. Les besoins sont identifiés et consignés dans le dossier santé.

3.1.22 L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé qui répond aux besoins de l'utilisateur et qui tient compte de ses préférences.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan de soins et services individualisé tient compte des besoins uniques de l'utilisateur et adopte une approche holistique des soins. Il repose sur les résultats d'évaluations, les objectifs, les préférences, les résultats attendus de ces soins et services et prend en compte l'état de santé et les ressources disponibles. Il définit les rôles et les responsabilités de l'équipe ainsi que ceux de l'utilisateur. Le plan comprend également :

- le lieu de la prestation des soins et services;
- la fréquence et l'échéancier prévu;
- les objectifs et les résultats attendus;
- la date prévue de fin des soins et services;



- les plans de transition ou de suivi à la fin des soins et services.

Il peut également comprendre des renseignements sur les antécédents, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments de l'utilisateur, y compris les problèmes ou les réactions indésirables aux médicaments.

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, ainsi que les options pour ceux-ci, font l'objet de discussions avec lui. L'équipe participe à une prise de décisions partagée qui tient compte des résultats attendus pour l'utilisateur et des risques et bienfaits liés à ces options.

- 3.1.23 L'équipe évalue l'évolution des objectifs, des préférences et résultats attendus de l'utilisateur tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de l'évolution des objectifs, des préférences et des résultats attendus permet d'ajuster le plan de soins et services individualisé en conséquence. La consignation des progrès de l'utilisateur est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle s'effectue avec la participation de l'utilisateur. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, la discussion avec l'utilisateur, les mesures des résultats déclarés par les patients et l'observation.

- 3.1.24 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour la gestion de la douleur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de la douleur est effectuée lors de l'évaluation initiale de l'utilisateur, et de façon régulière par la suite. L'évaluation de la douleur et de la souffrance tient compte des sphères physiques, psychologiques, sociales et spirituelles, de l'âge, du niveau de développement de l'utilisateur, du caractère unique de chaque épisode de soins et services, ainsi que de sa capacité à percevoir et à ressentir la douleur. Des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés pour établir l'intensité, les caractéristiques, l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que ses impacts sur les activités habituelles de l'utilisateur. L'impact des traumatismes sur l'expérience de la douleur et sur le bien-être psychologique est reconnu. La réponse aux



demandes de gestion de la douleur est rapide. Les stratégies de gestion de la douleur pour l'utilisateur peuvent comprendre des interventions physiques, comportementales et psychologiques, comme des mouvements, des massages, un positionnement du corps particulier et des soins individuels, l'emploi d'analgésiques, y compris des opioïdes ou le recours à des interventions anesthésiques.

L'équipe collabore avec l'utilisateur pour déterminer ses objectifs de soins et élaborer un plan pour gérer la douleur qui répond à ses besoins et préférences. L'équipe consigne toutes les interventions de gestion de la douleur dans le dossier santé de l'utilisateur et dans son plan de soins et services individualisé. L'information est partagée avec les membres d'équipe appropriés.

3.1.25 L'équipe intègre la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ces transitions de soins sont des exemples de moments clés qui nécessitent une planification dès le début de la trajectoire de soins et services:

- l'accueil;
- l'admission;
- les changements de quart de travail;
- la référence à un autre prestataire de soins et services de la communauté;
- les transferts vers un autre service ou à un autre établissement;
- la fin des soins et services;
- le congé.

L'équipe évalue le niveau de préparation de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, y compris sa capacité physique, cognitive et psychosociale à chacune des étapes de transition. Dès le début de l'épisode de soins et services, la planification et les discussions avec l'utilisateur au sujet de la transition l'aident à mieux comprendre le processus et lui donnent l'occasion de poser des questions. La planification des étapes de transitions vise à préparer l'utilisateur et à améliorer la continuité des soins et services. Les discussions permettent aussi de s'assurer que tous les renseignements sont précis et complets, et que les préférences de l'utilisateur sont respectées.

Dans le contexte où l'utilisateur doit être transféré, l'équipe discute avec celui-ci du plan de soins et services individualisé, y compris ses objectifs et ses préférences; des soins et



services offerts; des problèmes cliniques ou autres; de ce à quoi s'attendre durant la transition; des rendez-vous de suivi; des outils et des ressources informationnelles disponibles pour l'autogestion des soins, des coordonnées des membres de l'équipe et des détails quant aux situations exigeant un contact avec l'équipe.

- 3.1.26 L'équipe assure une communication claire et opportune entre ses membres, tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un langage clair et simple est utilisé pour toute communication, y compris celui utilisé lors d'une urgence ou d'une situation critique. La communication permet la continuité des soins et services en s'assurant que toutes les informations pertinentes sont transmises de manière précise et en temps opportun. Cela comprend les mises à jour régulières sur l'état de l'utilisateur, les plans de soins et services individualisés, et toute modification apportée aux soins ou services requis.

- 3.1.27 L'équipe s'assure que l'utilisateur sait qui est la personne responsable de la coordination de ses soins et services, ainsi que de la façon de la joindre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La nomination d'une personne responsable de faciliter la communication et la coordination des soins et services permet de définir les rôles et responsabilités avec clarté et de favoriser les soins centrés sur la personne. Le membre désigné peut être le membre de l'équipe qui est le plus régulièrement en contact avec l'utilisateur ou le principal prestataire des soins et services.

- 3.1.28 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour diriger les transferts vers des soins et services internes ou externes dans les cas où l'équipe est incapable de répondre aux besoins anticipés ou réels de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



La capacité de l'équipe ainsi que le niveau de soins et services offerts par l'établissement sont pris en compte de manière à préciser si les besoins de l'utilisateur peuvent être satisfaits. Les critères de hiérarchisation peuvent être définis par l'autorité administrative appropriée, telle que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Dans le cas où l'équipe ou l'établissement est incapable de répondre aux besoins de l'utilisateur, la raison en est expliquée. L'accès à d'autres soins et services, y compris le transfert, est favorisé.

De plus, en cas d'urgence, d'anormalité, de complication ou d'événement préjudiciable, des politiques ou des protocoles de recours à la hiérarchie des soins et services précisent avec quels membres de l'équipe il est possible de communiquer et dans quelles circonstances. L'équipe connaît les délais de réponse appropriés et avec quelle personne communiquer en l'absence de réponse.

L'établissement dispose d'une procédure organisationnelle ou d'un plan de transfert vers un centre spécialisé qui assure la continuité des soins et services. Les renseignements sont consignés en vue d'être utilisés lors du transfert et dans la planification des soins et services.

3.1.29 L'équipe assure un suivi approprié lors des transitions de soins.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La responsabilité entourant les soins et services se poursuit jusqu'à ce que ceux-ci aient pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, à un autre service, à un autre établissement ou à un autre organisme. Les soins et services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins et services à domicile et ceux offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extrahospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins et services continus. La collaboration pour établir un plan de transition adapté à l'utilisateur et la coordination optimale entre les différentes équipes, les différents établissements et organismes sont essentielles pour assurer une transition harmonieuse et continue des soins et services ainsi que le suivi systématique de l'utilisateur.

Cette coordination s'appuie sur les meilleures pratiques pour l'accès intégré et harmonisé, telles que la consolidation et la création de trajectoires de soins et services. Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué au moyen d'un outil d'aide à la décision clinique, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné. En s'appuyant sur le cadre



de référence sur l'accessibilité et la continuité de soins et services au Québec, les équipes peuvent assurer une prise en charge continue et intégrée de l'utilisateur.

L'équipe respecte les protocoles pour gérer efficacement le cheminement de l'utilisateur et utilise des outils de consignation et des stratégies de communication standardisés pour le transfert d'information.

3.1.30 L'équipe connaît les soins et services offerts dans les autres programmes-services et dans la communauté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une équipe ne peut à elle seule répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. Il est essentiel que les équipes soient informées des soins et services offerts tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement et hors de la sphère des programmes-services. Ainsi, l'équipe peut identifier des ressources ou des services complémentaires pour mieux répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. De plus, des transferts efficaces peuvent être coordonnés en temps opportun dans les cas où l'équipe ou l'établissement n'est pas en mesure d'offrir les soins ou services nécessaires à l'utilisateur, afin d'en assurer une offre ininterrompue.

Il peut s'agir de soins et services au sein du programme-services, par d'autres programmes-services de l'établissement ou au sein de la communauté, y compris les soins et services de télésanté. L'information peut viser la promotion des soins et services, la prévention, les ressources d'aide et de soutien, le traitement, la réadaptation, l'hébergement ou les soins et services de fin de vie. L'information peut être présentée sous forme d'index de ressources précisant entre autres la nature des soins et services et les modalités d'accès, ainsi que les clientèles ciblées.

3.1.31 L'équipe oriente l'utilisateur vers les ressources appropriées ou vers d'autres prestataires de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe collabore avec les différents programmes-services, afin d'orienter adéquatement l'utilisateur pour qu'il reçoive les soins et services les plus pertinents, dans le



contexte le plus approprié, tout en prévenant les transferts inutiles et les solutions temporaires. La continuité des soins et services doit être assurée.

L'équipe informe l'usager et facilite l'accès à des ressources ou des soins et services complémentaires pour mieux répondre à l'ensemble de ses besoins.

3.1.32 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues appropriées tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe possèdent les qualifications requises pour leur permettre d'exercer selon leurs champs de pratique lors de la prestation de soins et services. Les gestionnaires de l'établissement ont la responsabilité de revoir régulièrement quelles compétences et qualifications sont requises afin de s'assurer que l'équipe satisfait les besoins de la population desservie. L'équipe dispose d'un moyen pour signaler les besoins en matière de formations pertinentes.

Les activités d'apprentissage sont offertes à la main-d'œuvre au moyen d'une approche structurée et de manière continue afin de maintenir les compétences acquises et de s'assurer que les qualifications des prestataires de soins et services demeurent à jour conformément aux politiques et procédures organisationnelles. Les activités d'apprentissage doivent être culturellement adaptées et intégrer les principes d'équité, de diversité et d'inclusion adaptés à la population desservie, notamment la communauté 2SLGBTQ+, les communautés autochtones, les communautés ethniques et d'autres populations mal desservies et marginalisées notamment les réfugiés et les immigrants.

La formation est accessible et diffusée par différents moyens afin de répondre aux besoins de la main-d'œuvre, comme des sessions virtuelles ou préenregistrées, des modules d'apprentissage sur le web, des simulations et des sessions de formation en présentiel.

3.1.33 L'équipe veille à gérer les délais d'attente pour l'obtention des soins et services, depuis la demande initiale jusqu'à la prise en charge effective de l'usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Pour limiter les temps d'attente, l'équipe peut adopter des stratégies telles que la gestion proactive des rendez-vous ou des demandes, l'échelonnement des heures de rendez-vous ou la communication proactive avec l'utilisateur en cas de délais importants. L'équipe s'assure de bien accueillir l'utilisateur en tenant compte des temps d'attente et met en place des mesures pour optimiser le flux et améliorer l'expérience de l'utilisateur.

3.1.34 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à recueillir la rétroaction de l'utilisateur sur son expérience des soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La collecte d'informations confidentielles et anonymes auprès de l'utilisateur permet de partager sa voix et son expérience avec l'équipe et les gestionnaires du programme-services. Les informations relatives à l'expérience de l'utilisateur en matière de soins et services sont utilisées pour éclairer les décisions concernant le modèle de soins et ciblent les activités en matière d'amélioration de la qualité. Les rétroactions des utilisateurs sont recueillies et prises en compte de manière cohérente et opportune.

Les rétroactions des utilisateurs peuvent être recueillies par des moyens formels et informels comme le recours à des sondages, à des groupes de discussion, à des conversations avec l'utilisateur et à des registres de plaintes.

3.1.35 L'équipe respecte la politique organisationnelle en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès des membres de l'équipe. Elle doit également être diffusée auprès de l'utilisateur dont l'état pourrait requérir des soins palliatifs et de fin de vie et auprès de sa ou ses personnes proches aidantes.

La politique organisationnelle au sujet des soins palliatifs et de fin de vie vise à assurer :

- l'équité dans l'accès aux soins et services;
- la continuité des soins et services entre les différents lieux de prestation;
- la qualité des soins et services offerts par des équipes interdisciplinaires;



- la sensibilisation de l'équipe au caractère inéluctable de la mort.

3.1.36 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'accès à l'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie possède des connaissances et des compétences reconnues, spécifiques et adaptées aux besoins de la clientèle. Elle conseille, soutient et fournit des renseignements à l'équipe de soins et services quant aux compétences interprofessionnelles essentielles qui sont nécessaires lors de la prestation de soins palliatifs et de fin de vie.

Bien que l'équipe de soins et services ne puisse pas toujours avoir une maîtrise sur les délais d'accès à l'équipe dédiée en soins palliatifs et de fin de vie, elle doit tout mettre en œuvre pour assurer que l'utilisateur reçoit une réponse adaptée en temps opportun, selon l'urgence et la gravité de l'état clinique et des besoins de l'utilisateur.

L'équipe s'assure que les demandes d'accès à l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs et de fin de vie sont consignées avec précision. Cette documentation comprend :

- la raison de la demande d'intervention par l'équipe interdisciplinaire;
- la date de la demande initiale;
- le niveau d'urgence associé à la demande, y compris le délai de réponse cible;
- la date de l'évaluation effectuée par l'équipe interdisciplinaire.

La demande d'accès à l'équipe interdisciplinaire peut se faire en personne, par téléphone ou par courriel, selon le cas, pour répondre aux besoins de l'utilisateur.

Dans les situations où un accès direct à l'équipe interdisciplinaire n'est pas possible, notamment dans les régions rurales, l'équipe s'assure de coordonner l'accès à d'autres prestataires de soins et services, comme les infirmières praticiennes, les médecins de garde, les soins et services de télésanté, ainsi que les soins et services en situation urgente pour assurer une prise en charge continue et adaptée.

3.1.37 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour repérer de manière proactive l'utilisateur pour lequel les soins palliatifs et de fin de vie seraient appropriés.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique, tels que le guide Approche palliative intégrée : quand et comment, facilitent le repérage précoce de l'utilisateur susceptible de bénéficier d'une approche palliative intégrée, comme celui atteint d'une maladie à pronostic réservé, d'une maladie évolutive limitant l'espérance de vie, celui présentant une détérioration significative de son état de santé ou nécessitant une admission dans un établissement pour recevoir des soins de longue durée. L'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique permet également l'intégration des soins palliatifs et de fin de vie dès le début de la trajectoire de soins et service, afin d'améliorer la qualité de vie de l'utilisateur.

Dans un établissement qui n'offre pas de soins palliatifs ou de fin de vie, l'évaluation permet d'identifier le besoin d'orienter l'utilisateur vers des soins et services appropriés.

- 3.1.38 L'équipe fournit à l'utilisateur des renseignements pour l'aider à faire un choix éclairé sur l'endroit où il souhaite recevoir les soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur reçoit des renseignements et du soutien pour l'aider à recevoir des soins et services dans un milieu qui répond à ses besoins et préférences, soit à son domicile ou à un autre lieu de résidence. Au fur et à mesure que les besoins et les préférences de l'utilisateur changent, l'équipe aide l'utilisateur à adapter son environnement physique ou à choisir un autre milieu dans lequel les soins et services peuvent être offerts afin de s'assurer qu'il répond à ses besoins actuels en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Les membres de l'équipe fournissent, en toute transparence, des renseignements au sujet des choix et des soins et services offerts, ainsi que sur la façon dont les besoins de l'utilisateur peuvent être satisfaits dans les différents milieux possibles, tels que les lits réservés, les soins et services ambulatoires, ou les soins à domicile y compris les établissements de soins de longue durée.

- 3.1.39 L'équipe oriente la ou les personnes proches aidantes de l'utilisateur en soins palliatifs et de fin de vie vers des soins et services de répit.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le soutien accordé aux personnes proches aidantes, aussi bien sur le plan physique que sur le plan moral pendant l'évolution de l'état de santé, s'avère incontournable puisqu'il constitue un élément fondamental en soins palliatifs et de fin de vie.

L'évaluation de la nécessité de soins et services de répit est effectuée de manière proactive, en tenant compte de la situation et des besoins de la ou des personnes proches aidantes. L'équipe s'assure que la ou les personnes proches aidantes sont informées des options de répit disponibles et savent comment y accéder.

L'équipe collabore avec les différents soins et services afin de s'assurer que les besoins de répit sont pris en charge en temps opportun.

La ou les personnes proches aidantes devraient également être invitées à assurer eux-mêmes leurs soins pour réduire au minimum le stress et favoriser leur sécurité et leur bien-être.

- 3.1.40 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à discuter avec l'utilisateur de l'expression de ses volontés concernant ses objectifs de soins et de sa décision relative à la réanimation cardiorespiratoire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les souhaits de l'utilisateur en ce qui concerne le recours à la réanimation ou à un traitement de maintien en vie sont respectés. L'équipe a accès en tout temps aux membres de l'équipe ou à d'autres personnes qui connaissent la procédure organisationnelle de réanimation et qui sont formées pour prendre des décisions en matière de réanimation.

L'établissement assure la vigie du recours à la réanimation et aux traitements de prolongation de la vie, et dispose d'une procédure pour examiner les décisions de réanimation.

Dans l'éventualité où les objectifs de soins n'ont pas été respectés, les membres de l'équipe doivent fournir une raison qui est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et communiquée à sa ou ses personnes proches aidantes, ainsi qu'à l'équipe de soins et services.



La procédure organisationnelle tient compte des lignes directrices de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, notamment en lien avec la nomenclature à utiliser des trois catégories d'objectif :

- Objectif de prolongation (P) de la vie par tous les soins nécessaires;
- Objectif d'équilibre (E) des soins entre la prolongation de la vie et le confort;
- Objectif de confort (C) de la personne sans avoir pour but de prolonger la vie.

Indépendamment de l'objectif de soins formulé, l'équipe s'assure de maximiser le confort de l'utilisateur et sa qualité de vie tels qu'il les perçoit.

3.1.41 L'équipe discute des directives médicales anticipées avec l'utilisateur conformément à la législation pertinente.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La planification des directives médicales anticipées est une procédure qui permet à l'utilisateur d'exprimer à l'avance ses volontés concernant les soins et services qu'il souhaite recevoir en cas d'incapacité à consentir à ceux-ci. Selon les souhaits de l'utilisateur, les directives médicales anticipées sont partagées avec sa ou ses personnes proches aidantes.

L'utilisateur a la possibilité de discuter avec sa ou ses personnes proches aidantes, des prestataires de soins et services, des spécialistes juridiques et financiers, ainsi qu'avec son mandataire afin d'élaborer des directives médicales anticipées.

Les directives médicales anticipées sont réévaluées et les changements apportés sont consignés avec précision et en temps opportun dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur et sont communiquées à tous les membres de l'équipe qui sont autorisés à recevoir ces informations. Les membres de l'équipe effectuent des réévaluations à des points clés pendant les soins et services et en fonction des besoins de l'utilisateur, y compris pendant la transition et les changements relatifs à l'état de santé.

Si les directives médicales anticipées ne sont pas respectées, les membres de l'équipe doivent fournir une raison qui est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et communiquée à sa ou ses personnes proches aidantes, ainsi qu'à l'équipe de soins et services.



3.1.42 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'aide médicale à mourir fait référence à l'administration à l'utilisateur d'un médicament par un prestataire de soins et services qualifié à la suite de sa demande et une évaluation, selon les critères d'accessibilité définis, qui entraînera son décès dans le but de soulager sa souffrance.

La procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir est conforme aux cadres éthiques, juridiques et réglementaires applicables. Les membres de l'équipe savent comment répondre aux demandes d'aide médicale à mourir et suivent la procédure organisationnelle pour gérer ces demandes. Cela comprend une évaluation objective de la compréhension de l'utilisateur, quant aux différentes options pour soulager la souffrance.

3.1.43 L'équipe respecte les préférences de l'utilisateur au moment de son décès.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe s'informe des souhaits de l'utilisateur au sujet du lieu où il désire recevoir les soins et services et des personnes qu'il souhaite avoir à ses côtés lors de son décès. Si l'utilisateur ne peut pas être interrogé sur ses souhaits, l'équipe doit adresser la demande à sa ou ses personnes proches aidantes ou au mandataire. L'équipe discute avec sa ou ses personnes proches aidantes afin de déterminer la manière dont elles souhaitent qu'on leur annonce le décès si elles sont absentes. Les coordonnées de ces personnes sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe autorisés.

Si la ou les personnes proches aidantes ou le mandataire sont absents au moment du décès, ils doivent en être informés par un membre de l'équipe avec tact et humanité, et se voir offrir du soutien, y compris l'accès à un guide spirituel ou à une autre personne compétente. Les membres de l'équipe doivent s'assurer que le soutien nécessaire est accessible, comme des services d'interprétation, en cas de barrières de communication.

3.1.44 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour la gestion du décès d'un usager.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Lorsque l'usager décède, l'équipe doit suivre la procédure qui comprend :

- la vérification et l'enregistrement du décès dans un bulletin de décès officiel;
- l'identification des membres de l'équipe qui sont responsables des soins et services avant, pendant et après le décès;
- la préparation de la ou des personnes proches aidantes en fournissant des renseignements sur la préparation du défunt et en précisant les attentes relatives au processus associé aux soins de l'usager après son décès;
- la proposition à la ou les personnes proches aidantes de participer aux soins du corps, comme le laver et l'habiller;
- la possibilité pour la ou les personnes proches aidantes d'attendre dans une autre pièce ou une autre zone pendant que l'on prépare le défunt à quitter les lieux;
- l'offre à un soutien dans le deuil à la ou les personnes proches aidantes pendant et après le décès;
- le maintien de la dignité du défunt et la sensibilité aux effets que le processus peut avoir sur sa ou ses personnes proches aidantes;
- l'offre à un accès 24 heures sur 24 à l'équipe de soins et services, y compris un accès par téléphone ou par des soins et services de télésanté;
- le transport du défunt de manière digne;
- la gestion du dossier santé du défunt, conformément aux souhaits de la ou les personnes proches aidantes;
- le résumé des rôles et responsabilités des membres de l'équipe pendant le décès et le processus suivant le décès.

La procédure s'applique également aux décès qui surviennent à domicile.

3.1.45 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à offrir du soutien aux personnes proches aidantes, avant et après le décès d'un usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe dispose de ressources pertinentes, utiles et à jour au sujet des derniers moments de la vie tels que les signes et symptômes d'un décès imminent, les stratégies d'adaptation, la façon d'offrir du soutien et du réconfort pendant les derniers moments de la vie, ainsi que les services de soutien pour vivre le deuil. L'équipe partage les



ressources avec l'usager et sa ou ses personnes proches aidantes ou avec les autres membres de l'équipe selon les besoins.

Après le décès d'un usager, la ou les personnes proches aidantes sont invitées à recourir aux réseaux de soutien communautaire. L'accès à des intervenants en soins spirituels et à des travailleurs sociaux est fourni à l'endroit de la ou des personnes proches aidantes, selon le cas. Quand ceux-ci ne suffisent pas ou lorsqu'on entrevoit que la ou les personnes proches aidantes présentent un risque de réaction complexe face au processus de deuil, l'accès à des services complémentaires est facilité. Des services de soutien sont également disponibles pour la main-d'œuvre qui en manifesterait le besoin.

- 3.1.46 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 3.1.46.1 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, en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes.

Conseils

Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.

Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'usager. Voici des exemples d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'usager, l'adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'usager ou la personne proche aidante), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins et services continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'usager, la



reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'utilisateur et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'utilisateur ou la personne proche aidante.

L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec les utilisateurs et les personnes proches aidantes en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les utilisateurs et les personnes proches aidantes ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

3.1.47 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

3.1.47.1 L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Conseils

Un environnement physique intérieur et extérieur sécuritaire, libre d'obstacles, est essentiel afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Les procédures organisationnelles sont à jour, fondées sur des données probantes et sont conformes aux exigences des autorités compétentes. Les procédures identifient les actions qui doivent être effectuées afin d'offrir un environnement physique sécuritaire, notamment celles :

- De maintenir les planchers propres et secs et de nettoyer rapidement les liquides répandus;
- D'offrir des aides à la mobilité et des meubles adaptés selon la population desservie;



- De veiller à ce que les éléments structurels qui améliorent la sécurité et l'accessibilité soient en place et en bon état de fonctionnement, comme les rampes, les mains courantes, les barres d'appui, les revêtements de sol antidérapants et un éclairage adéquat;
- De réduire au minimum l'encombrement et le désordre;
- D'effectuer des vérifications de sécurité régulières des milieux de soins, et des espaces publics comme les aires de restauration, les entrées et les aires de stationnement.

En tant que membre de l'équipe, l'usager est encouragé à poser des questions, à faire part de ses préoccupations et à participer aux conversations sur la sécurité de l'environnement physique.

3.1.47.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de chutes et de blessures qui en découlent.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de chutes de l'usager et de prévenir les blessures qui en découlent. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer les risques de chutes et de blessures qui en découlent auprès de tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé de l'usager et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.



- 3.1.47.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour 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.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque de chutes ou de blessures qui en découlent, une évaluation complète est effectuée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée à l'aide d'outils d'aide à la décision. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. Les outils peuvent inclure des méthodes d'évaluation de la marche, de l'équilibre, de l'humeur, de la vision, de la cognition, de la prise des médicaments, de la comorbidité, des antécédents de chutes, de la gestion des activités de la vie quotidienne et de l'utilisation d'appareils suppléants et de technologie d'appui.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 3.1.47.4 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.

Conseils

Les interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :



- L'organisation de l'environnement physique de l'utilisateur afin de réduire au minimum l'encombrement et de placer les objets nécessaires à portée de main;
- L'enseignement de techniques d'autogestion de l'utilisateur pour se protéger contre les chutes, comme l'amélioration de sa force musculaire et de son équilibre et lui apprendre à bien tomber sans se faire mal;
- La revue de la pertinence des médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils suppléants pour améliorer la sécurité et la mobilité de l'utilisateur.

Les interventions sélectionnées respectent la procédure organisationnelle sur l'utilisation de mesures de contrôle.

L'information recueillie au cours de l'évaluation est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Elle est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 3.1.47.5 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.

Conseils

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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager. Les chutes et les blessures qui en découlent qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents.

La procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.



Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

3.1.47.6 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- Les stratégies préventives qui interpellent l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire, comme le partage de l'état de mobilité de l'utilisateur sur son tableau de communication;
- Les stratégies qui permettent aux membres de l'équipe de réduire les risques de chutes et de blessures lorsqu'ils offrent un soutien aux usagers;
- Ce qu'il faut faire lorsqu'une chute ou une blessure qui en découle se produit dans le milieu de soins, ou dans un espace public, y compris la déclaration d'un incident ou accident.



Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 3.1.47.7 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;



- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés aux chutes et aux blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

3.1.48 L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

3.1.48.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer les risques d'atteinte à l'intégrité de la peau d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de procéder à un repérage de l'intégrité de la peau de tous les usagers. Le repérage sélectif



des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 3.1.48.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'utilisateur dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, une évaluation complète est réalisée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée avec des outils d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes qui reflètent les soins et services prodigués, le milieu de soins, et les populations desservies.

Les outils d'évaluation sélectionnés peuvent inclure des méthodes permettant d'évaluer notamment :

- La couleur de la peau, son humidité, sa température, sa texture, son élasticité et la présence de lésions ou de déchirures;
- La perception sensorielle de l'utilisateur, son activité physique, sa mobilité et son exposition à la friction, au cisaillement, à l'humidité et aux facteurs de risques environnementaux;
- La capacité de l'utilisateur à gérer sa propre intégrité cutanée, y compris le maintien d'une bonne hygiène, d'une saine alimentation et d'un bon apport hydrique;



- Les risques associés aux comorbidités, comme le diabète, ou les risques associés aux interventions planifiées, comme la chirurgie ou les thérapies anticancéreuses.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

3.1.48.3 L'équipe met en oeuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.

Conseils

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. Les interventions peuvent inclure notamment :

- La mise en oeuvre de stratégies visant à optimiser l'intégrité de la peau, comme la mobilité, l'hydratation, la nutrition et l'utilisation de crèmes protectrices;
- La réalisation des réévaluations;
- La revue des médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité de la peau;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils comme des lève-personnes, des coussins ou matelas à réduction de pression.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

3.1.48.4 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.

Conseils



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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager.

Il est question d'atteinte nosocomiale à l'intégrité de la peau 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.

La procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incident et accident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les préjudices et optimiser 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.



Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance d'optimiser l'intégrité de la peau;
- L'identification des risques évitables et non évitables pour l'intégrité de la peau;
- L'importance d'évaluer les surfaces et les dispositifs qui sont en contact avec la peau;
- L'importance d'évaluer les dispositifs qui pénètrent la barrière cutanée, comme les perfusions intraveineuses;
- La déclaration des atteintes nosocomiales à l'intégrité de la peau à titre d'incident et accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 3.1.48.6 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui



améliorent le programme de l'établissement afin d'optimiser l'intégrité de la peau.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les blessures et à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à l'atteinte de l'intégrité de la peau dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière d'optimisation de l'intégrité de la peau.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

3.1.49 L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

3.1.49.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.

Conseils

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



La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de thromboembolie veineuse d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme celui où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Les outils de repérage sélectionnés identifient les facteurs de risque de thromboembolie veineuse, tels que les antécédents de thromboembolie veineuse, la mobilité réduite, l'âge avancé, les problèmes de santé et toutes formes d'intervention y compris les procédures chirurgicales.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer le risque de thromboembolie veineuse chez tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 3.1.49.2 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.

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique fournissent à l'équipe, y compris l'usager, des informations fondées sur des données probantes pour faciliter la prise de décision. Les outils d'aide à la décision clinique peuvent être intégrés au sein d'ordonnances préétablies.

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque de thromboembolie veineuse, des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés afin de déterminer les interventions requises. Si



L'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

Les informations recueillies grâce aux outils d'aide à la décision clinique sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

3.1.49.3 L'équipe met en oeuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse s'appuient sur les outils d'aide à la décision clinique et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- Des stratégies quotidiennes comme l'hydratation, la mobilisation, le positionnement et le port de vêtements amples;
- Des stratégies à plus long terme comme le maintien d'un poids santé et l'évitement d'un mode de vie sédentaire;
- Une thromboprophylaxie pharmacologique;
- Une thromboprophylaxie mécanique, comme l'utilisation d'un dispositif pneumatique intermittent.

Le moment de l'initiation, la durée et les exigences de vigilance des interventions thromboprophylactiques sont précisés et adaptés aux caractéristiques de l'utilisateur. Les caractéristiques de l'utilisateur peuvent comprendre le risque de saignement, le poids, les fonctions physiologiques et les facteurs de risque comme les chutes et l'intégrité de la peau.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.



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

Conseils

Il est question de thromboembolie veineuse nosocomiale lorsqu'un caillot de sang dans une veine ou dans les poumons est causé par une intervention de soins.

La procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration 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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager. Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir la thromboembolie veineuse. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention de la thromboembolie veineuse;
- Les orientations actuelles sur l'identification du risque de thromboembolie veineuse chez les usagers et les stratégies préventives appropriées, y compris les interventions pharmacologiques et mécaniques;
- La déclaration des incidents thromboemboliques veineux nosocomiaux comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose d'un temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 3.1.49.6 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.

Conseils



L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'analyse des causes profondes des incidents liés à la thromboembolie veineuse dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant la prévention de la thromboembolie veineuse;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention de la thromboembolie veineuse.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

3.1.50 L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'exams, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication, comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins et services posthospitaliers, la relecture et la reformulation, favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente, les outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisation. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisation. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les personnes proches aidantes de répéter l'information. Les usagers et les personnes proches aidantes ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

Test(s) de conformité

- 3.1.50.1 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.
- 3.1.50.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.
- 3.1.50.3 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.



- 3.1.50.4 L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.
- 3.1.50.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
 - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.

3.1.51 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 3.1.51.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.

Conseils

Le meilleur schéma thérapeutique possible est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. Les transitions de soins ont lieu lorsqu'un usager passe d'un milieu de soins à un autre.

La procédure organisationnelle définit la manière d'obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des transitions de soins, en incluant au moins les éléments suivants :



- Des entretiens virtuels ou en personne avec l'usager, ou la personne responsable de la gestion des médicaments de cet usager. 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, les suppléments et tous les remèdes traditionnels ou complémentaires;
- La vérification de la liste des médicaments obtenue de l'usager auprès d'au moins une autre source d'information fiable. Les sources d'information peuvent provenir du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire, du dossier santé de l'usager, de la liste des médicaments au congé de l'hôpital ou de la feuille d'administration des médicaments.

La procédure organisationnelle est à jour et fondée sur des données probantes. La procédure identifie les transitions de soins au cours desquelles le meilleur schéma thérapeutique possible de l'usager doit être réalisé. À titre d'exemples, il peut s'agir de la transition d'un usager vers ou depuis un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, un milieu de soins et services ambulatoires comme une clinique d'oncologie, ou un milieu de soins et services primaires où les médicaments sont gérés.

Le meilleur schéma thérapeutique possible est consigné dans le dossier santé de l'usager. L'information est communiquée à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 3.1.51.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.

Conseils

Les divergences entre les médicaments non résolues, qu'elles soient intentionnelles ou non, peuvent entraîner des erreurs de médication et causer un préjudice à l'usager, occasionner des rencontres cliniques non planifiées et des coûts connexes pour le système de santé. Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une prescription inappropriée et à la duplication des médicaments ayant une action thérapeutique.



Les divergences entre les médicaments sont identifiées et documentées par un membre au sein de l'équipe ayant les compétences pour le faire. Le meilleur schéma thérapeutique possible est comparé à ce qui a été récemment prescrit ou à ce qu'il est prévu de prescrire.

Les divergences identifiées sont documentées et communiquées au prescripteur de l'ordonnance. Les divergences sont résolues de manière opportune conformément à la procédure organisationnelle.

La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. Toutefois, le risque de divergences entre les médicaments est considérablement réduit lorsque le meilleur schéma thérapeutique possible est établi avant la rédaction d'une ordonnance. L'utilisation de technologies de l'information interopérables contribue à rendre le bilan comparatif des médicaments plus fiable et plus efficace.

Tous changements de médication sont discutés avec l'utilisateur afin de s'assurer qu'ils reflètent ses objectifs et ses préférences de traitement. Ces discussions permettent à l'utilisateur de comprendre quels médicaments doivent être arrêtés ou modifiés, quelles sont les interactions potentielles avec les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tout remède traditionnel ou complémentaire, et comment se départir des médicaments inutiles.

La liste précise des médicaments est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 3.1.51.3 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.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents afin d'éviter les préjudices, réduire les erreurs et atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager.



Les incidents liés au maintien d'une liste précise de médicaments lors des transitions de soins comprennent les cas où le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué, est effectué de façon incorrecte ou n'est pas effectué en temps opportun et aurait pu causer un préjudice ou a causé un préjudice à un usager.

La procédure de déclaration des incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 3.1.51.4 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 transitions de soins.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les résidents et les fellows participent aux activités d'apprentissage requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage liés aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :



- L'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- Les stratégies pour faire participer activement l'utilisateur dans la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, y compris l'évaluation de la connaissance des médicaments de l'utilisateur;
- La communication des changements de médication lors des transitions de soins;
- La formation sur les outils d'aide à la décision clinique du bilan comparatif des médicaments de l'établissement et sur la technologie interopérable;
- La déclaration des incidents liés au maintien d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées conformément à la procédure organisationnelle.

- 3.1.51.5 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 transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.



La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles concernant le bilan comparatif des médicaments, y compris l'évaluation de la fiabilité et de l'exactitude des meilleurs schémas thérapeutiques possibles et l'évaluation des taux de résolution des divergences entre les médicaments et de la rapidité d'exécution;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à la tenue à jour d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur sur l'applicabilité de la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

- 3.1.52 L'équipe s'assure que l'environnement physique où se déroulent les soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire est conçu pour offrir des espaces appropriés pour l'attente, les examens d'imagerie, ainsi que des installations accessibles et sécurisées pour l'utilisateur.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'environnement de soins et services d'imagerie comprend :

- un vestiaire privé et sécurisé pour protéger les effets personnels de l'utilisateur contre le vol ou la perte, avec un accès limité à cet espace;
- des toilettes accessibles à l'utilisateur, y compris ceux à mobilité réduite;
- une infrastructure adaptée pour l'utilisateur utilisant des aides à la mobilité telles que des fauteuils roulants, des marchettes ou des béquilles. Cela inclut des portes suffisamment larges pour permettre l'accès en fauteuil roulant et au moins un vestiaire spacieux pour permettre à une personne proche aidante d'assister l'utilisateur si nécessaire.

Ces aménagements visent à assurer la sécurité, l'accessibilité et le confort de l'utilisateur lors de son passage aux soins et services d'imagerie.

- 3.1.53 L'équipe s'assure qu'un espace d'attente distinct soit désigné en médecine nucléaire pour permettre la séparation physique d'un utilisateur ayant reçu une injection de substances radioactives qui présente un risque pour les autres utilisateurs.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe veille à ce que les procédures et les espaces d'attente prévus en médecine nucléaire respectent les normes en vigueur en matière de protection et de sécurité radiologiques telles que celles de la Commission canadienne de sûreté nucléaire. Cela comprend la séparation physique adéquate de l'utilisateur ayant reçu une injection de substances radioactives qui présente un risque pour les autres, afin de minimiser l'exposition involontaire aux rayonnements des autres utilisateurs et de l'équipe. Une signalisation appropriée et des procédures de surveillance sont mises en place pour assurer la conformité et la sécurité.

- 3.1.54 L'équipe s'assure qu'un espace confidentiel est disponible dans l'environnement de soins et services d'imagerie pour effectuer le triage de l'utilisateur avant son examen diagnostique.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe s'assure que l'espace dédié au triage de l'utilisateur avant son examen diagnostique est configuré de manière à assurer la confidentialité et le confort. Cet espace est aménagé de manière conviviale, permettant une collecte de renseignements personnels en toute quiétude, sans risque d'interruption ou de divulgation involontaire d'informations personnelles. L'équipe veille à ce que les protocoles de confidentialité soient respectés, en créant un environnement sécurisant pour l'utilisateur et en s'assurant que l'équipe est sensibilisée aux politiques, procédures et pratiques en matière de protection de la vie privée et des renseignements personnels.

- 3.1.55 L'équipe s'assure que l'environnement de soins et services d'imagerie comprend un espace équipé de matériel et de main-d'œuvre appropriée pour permettre la surveillance de l'utilisateur nécessitant une période de récupération après l'examen.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Cet espace permet d'observer l'utilisateur qui a reçu une sédation, une analgésie, une anesthésie ou des médicaments, tels que des tranquillisants. L'équipe s'assure de la stabilité de l'utilisateur avant son congé selon les lignes directrices, des outils d'aide à la décision clinique ou les protocoles en place.

- 3.1.56 L'équipe s'assure que le chauffage, la ventilation et la climatisation dans les différents locaux des soins et services d'imagerie sont conformes aux lois en vigueur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le maintien d'une température, d'un taux d'humidité, d'un apport en air frais et d'une ventilation appropriée contribue à assurer la sécurité de l'utilisateur et de l'équipe, ainsi que le bon fonctionnement de l'équipement. L'équipe s'assure de signaler toute situation de non-conformité.

- 3.1.57 L'équipe affiche des mises en garde à l'entrée de la salle d'imagerie et restreint l'accès à celle-ci lorsqu'occupée.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les mises en garde peuvent comprendre des étiquettes ou affiches d'avertissement aux radiations et aux dangers, telles que la présence de champs magnétiques dans le cas d'examens d'imagerie par résonance magnétique.

- 3.1.58 L'équipe respecte les règlements en vigueur pour la conservation, la manipulation et l'élimination des substances radioactives et les produits radiopharmaceutiques.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe veille à la conformité aux règlements en vigueur, tels que ceux de la Commission canadienne de sûreté nucléaire. Cette conformité aux règlements pour la gestion des substances radioactives et des produits radiopharmaceutiques permet de minimiser les risques pour l'usager et l'équipe.

- 3.1.59 L'équipe respecte la procédure organisationnelle relative aux précautions additionnelles en fonction du risque d'infection.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe est formée pour appliquer des précautions additionnelles nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'établissement. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures en vigueur en matière de prévention et de contrôle des infections, et peuvent devoir faire appel à un professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'usager par le prestataire de soins et services ou le professionnel en prévention et contrôle des infections, le cas échéant. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle approprié, de placer l'usager dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'usager d'utiliser une salle de bain séparée.

- 3.1.60 L'équipe assure la bonne gestion des demandes de soins et services d'imagerie diagnostique.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe s'assure que chaque demande de soins et services d'imagerie diagnostique écrite, électronique ou téléphonique, identifie clairement l'utilisateur et les prestataires de soins et services concernés, y compris la date de la demande, le niveau d'urgence, l'information clinique pertinente, le type d'examen requis, ainsi que les instructions spéciales lorsque nécessaire.

Les identificateurs de base de l'utilisateur comprennent son nom, son numéro d'identification, son âge ou sa date de naissance, son sexe et ses coordonnées. Les prestataires de soins et services concernés comprennent le prescripteur de l'examen, ceux qui doivent recevoir le rapport et leurs coordonnées.

Pour les demandes téléphoniques urgentes ou très urgentes, un membre qualifié de l'équipe consigne les informations, en s'assurant qu'une demande écrite ou électronique soit reçue avant l'interprétation des résultats. L'équipe conserve un dossier des demandes, incluant le type d'examen demandé, le diagnostic de travail, le nom du prescripteur, ainsi que la date et l'heure de la demande.

En cas de demande incomplète, l'équipe obtient les informations manquantes en communiquant avec le prescripteur ou en interrogeant l'utilisateur avant d'exécuter l'examen. L'équipe collabore activement avec les services ayant soumis les demandes, en particulier les prescripteurs, afin de réduire le nombre de demandes incomplètes.

- 3.1.61 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant la sélection de la technique d'imagerie diagnostique la moins invasive.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe collabore avec le prescripteur de l'examen pour évaluer les besoins cliniques de l'utilisateur ainsi que les avantages et les risques associés à chaque technique d'imagerie. La possibilité d'opter pour des alternatives moins invasives doit également être considérée afin d'obtenir les résultats souhaités.

- 3.1.62 L'équipe utilise les niveaux de référence diagnostiques pour optimiser la protection des adultes et de l'utilisateur en pédiatrie contre les rayons X.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'un des défis auxquels sont confrontés les prestataires de soins et services d'imagerie diagnostique consiste à réduire la dose de radiation à laquelle l'utilisateur est exposé sans compromettre la qualité de l'image nécessaire à l'identification d'un diagnostic précis. Le recours à des niveaux de référence diagnostiques protège les usagers contre une exposition inutile aux rayonnements en utilisant une dose dont le niveau est le plus bas possible. Divers organismes disposent d'une liste de valeurs de niveaux de référence diagnostiques représentatives pour un certain nombre d'examens radiographiques effectués auprès d'adultes et d'enfants. L'équipe peut établir des niveaux de référence diagnostiques pour d'autres examens qui ne figurent pas sur la liste, mais qui sont effectués dans l'établissement. Les mesures de niveaux de référence diagnostiques peuvent s'effectuer avec un fantôme spécifiquement conçu pour l'examen ou à l'aide de l'utilisateur.

- 3.1.63 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à vérifier si l'utilisateur est porteur d'implants, d'appareils ou d'autres matériaux.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe obtient de la documentation et des renseignements sur les risques associés aux implants, appareils et matériaux pouvant nuire à la sécurité de l'utilisateur et de l'équipe ainsi qu'à la qualité de l'image diagnostique.

- 3.1.64 L'équipe respecte la procédure organisationnelle concernant les examens nécessitant une exposition de l'abdomen ou du bassin.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe demande à l'utilisateur de sexe féminin et en âge de procréer s'il y a possibilité d'une grossesse et consigne la réponse au dossier santé. Un protocole spécifique encadre le traitement de l'utilisateur en état de grossesse ou susceptible de l'être.

- 3.1.65 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à protéger l'utilisateur et l'équipe durant les examens d'imagerie diagnostique.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure comprend l'utilisation d'écrans de protection de la région gonadique de l'utilisateur s'il y a lieu. Les prestataires de soins et services d'imagerie diagnostique portent un dosimètre thermoluminescent. Ces dispositifs sont utilisés pour mesurer et surveiller la quantité de radiations auxquelles sont exposés l'utilisateur et les prestataires de soins et services d'imagerie diagnostique. Les dosimètres sont vérifiés par une personne qualifiée selon les normes en vigueur. Des bouchons d'oreille ou un casque de protection contre le champ magnétique sont fournis pour empêcher une perte auditive temporaire ou permanente causée par les vibrations produites pendant les examens d'imagerie par résonance magnétique.

- 3.1.66 L'équipe utilise un processus pour les vues standard de chaque région anatomique afin de maximiser la qualité de l'image et de minimiser l'exposition.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe se réfère au manuel technique afin d'assurer l'utilisation de vues standards, assurant une qualité d'image optimale. L'application des manuels techniques, incluant les facteurs d'exposition et une collimation appropriée, permet de limiter l'exposition à la région anatomique observée et de réduire les rayonnements pour l'utilisateur. Ces pratiques contribuent à la fiabilité des radiographies diagnostiques, minimisent la répétition des examens et intègrent un contrôle de qualité constant, notamment le suivi du taux de répétition.

- 3.1.67 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'étiquetage, la manipulation, le transport, la consignation et l'entreposage sécuritaires et appropriés des échantillons pour les examens interventionnels.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le respect de la procédure organisationnelle assure la sécurité et l'intégrité des échantillons tout au long du processus, réduisant ainsi les risques de contamination ou d'erreur qui se traduit par des résultats fiables pour l'utilisateur.



- 3.1.68 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant la vérification des images avant que l'utilisateur soit autorisé à quitter.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe suit une procédure qui permet de vérifier la qualité des images et d'évaluer la nécessité de répéter l'examen. L'équipe reprend l'examen d'imagerie diagnostique uniquement lorsque la qualité de l'image diagnostic est sous-optimale.

- 3.1.69 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à déterminer si l'utilisateur peut quitter les lieux.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure assure que la décision de laisser partir l'utilisateur est prise en fonction de critères précis, incluant son état de santé et les recommandations post-examen. Cette vérification contribue à la sécurité de l'utilisateur et au suivi adéquat de ses soins et services. L'équipe s'assure de fournir à l'utilisateur des directives à suivre après l'examen dans l'éventualité où des complications surviendraient après son départ.

- 3.1.70 L'équipe respecte la procédure organisationnelle relative au programme d'assurance qualité pour les soins et services d'imagerie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Chaque mois, l'équipe analyse les cas de rejet ou de répétition et produit un rapport dans le cadre de son programme de contrôle de la qualité. Cette analyse permet de comprendre pourquoi certains films ou images numériques n'ont pu servir au diagnostic et d'identifier les améliorations nécessaires pour optimiser la qualité des soins et services d'imagerie.

- 3.1.71 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la conformité des manuels techniques.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Les manuels techniques fournissent des instructions détaillées pour chaque étape des examens d'imagerie diagnostique, y compris le positionnement et la préparation de l'utilisateur, les types et doses de médicaments nécessaires, ainsi que les soins et services post-examen. Ces manuels font l'objet d'une révision annuelle et sont approuvés par le directeur médical ou un médecin désigné responsable. Les modifications apportées sont ensuite communiquées aux prestataires de soins et services. L'utilisation de ces manuels assure la sécurité et la conformité des pratiques, contribuant ainsi à la cohérence et à la qualité des soins et services offerts. L'équipe conserve également les versions précédentes des manuels conformément à la politique de l'établissement sur la conservation des dossiers.

- 3.1.72 L'équipe respecte les règlements en vigueur quant à l'enregistrement, à l'installation et au calibrage de l'équipement d'imagerie diagnostique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe veille à collaborer avec les équipes des directions soutien concernées afin d'assurer le respect des règlements pour l'enregistrement, l'installation et le calibrage de l'équipement d'imagerie diagnostique. Cette conformité assure la précision des examens et la sécurité de l'utilisateur et de l'équipe.

- 3.1.73 L'équipe dispose d'un manuel sur le fonctionnement de l'équipement d'imagerie diagnostique.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le manuel contient des informations à jour sur le fonctionnement de l'équipement d'imagerie diagnostique. Il comprend les instructions du fabricant, les précautions de sécurité spécifiques et les règlements en vigueur pour assurer une utilisation sécuritaire de l'équipement.

- 3.1.74 L'équipe dispose d'un programme de sécurité mené par une personne responsable de la sécurité ou un comité de sécurité, ou les deux à la fois.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

La personne responsable ou le comité doit interrompre toute activité jugée risquée, examiner tous les incidents, et émettre des recommandations afin d'empêcher qu'un incident se reproduise. La personne responsable ou le comité peut aussi être tenu de vérifier le contenu des manuels de sécurité de l'organisme et leur accessibilité, de vérifier l'orientation, la formation et les programmes d'enseignement ainsi que les outils de surveillance et d'évaluation de l'organisme ayant trait à la sécurité, ainsi que d'examiner et d'approuver tous les rapports d'incident et toutes les recommandations.

- 3.1.75 L'équipe met en application le manuel de sécurité adapté aux soins et services d'imagerie diagnostique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le manuel de sécurité contient des exigences spécifiques aux soins et services d'imagerie diagnostique relatives à la sécurité de l'utilisateur et de l'équipe, la sécurité de l'équipement, la protection contre les radiations, la protection contre les champs magnétiques, la protection contre les incendies, la sécurité électrique, les gaz comprimés, les produits chimiques, les solutions et le matériel radioactif, la gestion et l'élimination des déchets et la prévention des infections.

- 3.1.76 L'équipe s'assure que l'image diagnostique contient toute l'information pertinente.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'information pertinente comprend notamment le prénom, le nom et un second identificateur de l'utilisateur, le nom de l'établissement ainsi que la date et l'heure de l'examen.

- 3.1.77 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'interprétation des résultats de l'imagerie diagnostique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiency** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'équipe s'assure que l'interprétation des résultats très urgents, urgents et non urgents, est réalisée en temps opportun, conformément aux délais établis par l'établissement. Les délais sont définis en fonction du type d'urgence de la demande. L'équipe évalue régulièrement sa conformité aux délais et met en place des actions correctives si nécessaire pour améliorer l'efficacité du processus et assurer la qualité des soins et services.

- 3.1.78 L'équipe communique avec le prescripteur de l'examen d'imagerie diagnostique immédiatement après l'obtention de résultats anormaux, imprévus ou dont le signalement est urgent.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les résultats anormaux, imprévus ou dont le signalement est urgent sont ceux qui nécessitent une prise de décision immédiate quant à la gestion du cas. L'équipe doit également informer le prescripteur de l'examen de toute anomalie entre le rapport préliminaire ou le communiqué d'urgence et le rapport final écrit.

- 3.1.79 L'équipe s'assure que le rapport contient toute l'information pertinente pour l'examen.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le rapport contient notamment le nom de l'utilisateur, le nom du prestataire de soins et services d'imagerie diagnostique et le nom du prescripteur. Les identificateurs de base de l'utilisateur incluent son nom, son numéro d'identification, son âge ou sa date de naissance, son sexe, ses coordonnées et ses antécédents comme les allergies. Le rapport décrit l'examen au moyen d'une terminologie anatomique et diagnostique précise. La procédure précise l'information à inclure dans le rapport en fonction du type d'examen. Lorsqu'approprié, le rapport peut également comprendre :

- la date de la dernière menstruation;
- le type d'opacifiant intravasculaires utilisés;
- la quantité d'opacifiant intravasculaires et de matériels utilisés;
- les produits radiopharmaceutiques utilisés;
- une description des autres médicaments reçus;



- les cathéters et les appareils utilisés;
- le temps de fluoroscopie;
- une description des problèmes liés à la demande d'examen d'imagerie diagnostique;
- les raisons ayant motivé les prises de vue ou les examens supplémentaires;
- le fait qu'une interprétation verbale ou écrite préliminaire ait été donnée ou non;
- des renseignements comparatifs se rapportant aux examens d'imagerie diagnostique antérieurs, le cas échéant.

3.1.80 L'équipe passe en revue le rapport.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe passe en revue le rapport afin d'en assurer la précision. Le contenu est validé par une signature manuscrite ou électronique et comprend le nom du radiologiste qui l'a dicté.

3.1.81 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant la gestion appropriée du formulaire de requête pour les soins et services d'imagerie et de médecine nucléaire.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe s'assure de consigner les images diagnostiques de façon précise et exacte au dossier santé de l'usager. L'équipe s'assure que chaque formulaire de requête dans le dossier santé de l'usager est complet et dûment rempli avec les renseignements essentiels tels que l'identification de l'usager : nom, numéro d'identification, âge ou date de naissance, sexe, coordonnées, et antécédents médicaux pertinents comme les allergies. Le formulaire contient aussi la date de la requête, la date de réception, la date de l'examen, le type d'examen demandé, les indications cliniques et les informations du prescripteur.

Les informations sur les soins et services fournis, notamment le nombre d'images prises, les médicaments administrés, le type et la quantité d'opacifiant intravasculaires ou de produits radiopharmaceutiques utilisés, ainsi que le temps de fluoroscopie, sont



également consignées. L'équipe veille à ce que ces formulaires soient classés de manière organisée et accessibles aux membres de l'équipe concernés afin d'assurer la continuité et la qualité des soins et services.

3.1.82 L'équipe veille à la conservation appropriée des images diagnostiques et des rapports.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficience** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les images diagnostiques et les rapports sont conservés sous forme électronique, dans une enveloppe principale clairement identifiée, ou les deux. Peu importe la méthode de conservation, l'étiquette comprend le nom de l'utilisateur, son numéro d'identification et un deuxième identificateur tel que le numéro de carte d'assurance-maladie ou la date de naissance, ainsi que le nom de l'établissement ou l'identificateur de site. L'enveloppe principale ou le fichier électronique sont récupérables.

3.1.83 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à consigner la participation de chaque prestataire de soins et services d'imagerie diagnostique et de médecine nucléaire aux examens réalisés.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Chaque prestataire de soins et services inscrit ses initiales, son nom ou son code, dans le dossier de l'utilisateur sous forme écrite ou électronique, pour attester de sa participation à l'examen. Cette pratique contribue à la traçabilité et à la responsabilité des soins et services prodigués.

3.1.84 L'équipe conserve les dossiers sur les cas de rejet ou de répétition conformément aux politiques et procédures en vigueur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les politiques et procédures de l'établissement sur la conservation des dossiers sont conformes aux règlements régionaux et nationaux applicables.



- 3.1.85 L'équipe conserve en sécurité un exemplaire permanent de l'image diagnostique dans les archives.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe s'assure que chaque image diagnostique est conservée de manière sécurisée et accessible, conformément aux politiques d'archivage et aux politiques, procédures et pratiques en matière de protection de la confidentialité en vigueur. Cette pratique assure la disponibilité des images pour d'éventuelles consultations futures, tout en veillant à la protection de la vie privée et des renseignements personnels de l'utilisateur.

- 3.1.86 L'équipe s'assure que le dossier permanent est accessible.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'accessibilité du dossier permanent de l'utilisateur permet de le récupérer pour en faire la mise à jour. Cela assure que des résultats pertinents sont enregistrés, utilisés pour la comparaison avec les résultats des prochains examens et que les prestataires de soins et services d'imagerie diagnostique externes peuvent confirmer le diagnostic en examinant les images.

3.2 Pratiques transversales

- 3.2.1 Les équipes s'assurent que l'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les autres options aux soins et services de télésanté pourraient comprendre la visite en personne ou la consultation téléphonique avec un membre de la main-d'œuvre. Les utilisateurs devraient s'attendre à recevoir la même qualité de soins et services, peu importe leur forme.



3.2.2 Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents sont disponibles sur au point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées. La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :

- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;
- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;



- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle ou l'utilisation de marqueurs fluorescents ou d'adénosine triphosphate (ATP).

3.2.3 Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Par exemple, l'établissement peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.

3.2.4 Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle ainsi que sur l'importance et la pertinence de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoire. L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les publics cibles. Le style de présentation est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension.

Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres et les écrans dans les salles d'attente.

3.2.5 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les outils d'aide à la décision clinique portent sur les moyens de détecter une éclosion, de déterminer sa cause (y compris si elle provient d'aliments contaminés), de recueillir des données ou des échantillons pour trouver d'autres cas, ainsi que de contenir une éclosion dès qu'elle est détectée.

- 3.2.6 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe responsables de recueillir et de mettre à jour l'information sur les allergies et les réactions indésirables aux médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur sont spécifiés. Les champs d'information relatifs aux allergies des usagers dans le profil et le type de réaction, la gravité et la date à laquelle l'allergie a été identifiée sont consignés.

- 3.2.7 Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il faut consulter le profil de l'utilisateur pour vérifier toutes les « bonnes » conditions de l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.

- 3.2.8 Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux ou à l'efficacité clinique. Les informations pertinentes sont consignées au dossier santé de l'utilisateur. Le fait de ne pas bien



surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



Chapitre 4: Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)

Contexte

Ce chapitre porte sur l'évaluation des soins et services d'hospitalisation dispensés dans les unités de soins de courte durée des établissements publics du Québec, telles que les unités de médecine, de chirurgie ou d'oncologie ainsi que les unités d'hospitalisation à domicile et d'intervention brève pour les usagers hospitalisés. Les soins et services évalués visent les populations de tous âges, y compris la clientèle pédiatrique, qui est admise à l'hôpital et qui nécessite une prise en charge complète pour une courte durée. L'évaluation de ce chapitre s'appuie sur les orientations ministérielles et les meilleures pratiques en vigueur.

Remarque: Les critères 35 à 45 des chapitres 2 à 8 portent sur les soins palliatifs et de fin de vie. L'utilisation du terme « objectifs de soins » dans ces critères remplace celui de « niveaux de soins » utilisé précédemment. Par ailleurs, les chapitres 2 - Soins et services d'urgence (usagers inscrits), 4 - Soins et services d'hospitalisation (usagers admis), et 7 - Soins et services critiques (usagers admis) incluent trois critères relatifs au don d'organes et de tissus, répartis en fonction de la nature des soins et services offerts.

4.1 Épisodes de soins et services - Soins et services d'hospitalisation (usagers admis)

4.1.1 L'équipe adopte une approche inclusive dans l'ensemble de sa prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une approche inclusive nécessite une ouverture réelle par l'équipe envers la diversité sous toutes ses formes. Cette approche tient compte des dimensions identitaires, des déficits intellectuels, physiques, et sensoriels ainsi que celles d'appartenance culturelle ou religieuse, des croyances et des pratiques culturelles et spirituelles, de l'âge, des



expériences de vie antérieures et des traumatismes potentiels, ainsi que du statut socioéconomique. Ces dimensions comprennent également la diversité sexuelle et la pluralité des genres.

L'équipe veille à utiliser un langage neutre, évitant toute présomption concernant l'identité, l'orientation sexuelle, les capacités physiques ou intellectuelles, ou la structure familiale d'un usager dans ses interactions avec celui-ci. Cette approche permet la reconnaissance de l'identité de l'usager dans le système de santé en entier, peu importe sa porte d'entrée et tout au long du continuum de soins et services.

En adoptant cette approche, l'équipe veille à ce que l'usager soit considéré avec respect et bienveillance, tout en prenant en compte de ses changements de prénom usuel ou de pronoms, même si ceux-ci diffèrent de ceux inscrits au dossier santé ou aux documents officiels. L'équipe encourage l'utilisation des bons prénoms usuels ou des pronoms choisis par l'usager et, dans la mesure du possible, indique ces derniers au dossier santé. L'inclusion de la famille choisie, c'est-à-dire de sa ou ses personnes proches aidantes ou de son ou de ses partenaires de vie qui ne font pas partie de la famille au sens légal ou biologique, est également favorisée afin de respecter l'hétérogénéité des structures familiales possibles. De plus, le respect de l'identité du genre est appliqué en tout temps, même lorsque l'usager n'est pas présent et ce respect s'applique également à sa ou ses personnes proches aidantes.

L'équipe respecte le rythme de dévoilement de l'usager et fait preuve d'humilité à cet égard, reconnaissant que l'expression de l'identité de l'usager ne lui appartient pas. Ainsi, il faut éviter de poser des questions de nature intrusive et laisser l'usager dévoiler les informations pertinentes à son identité au rythme qui lui convient. Si des questions de nature délicate doivent être posées, l'équipe en explique la raison.

4.1.2 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la confidentialité des renseignements personnels de l'usager.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La notion de confidentialité comprend la protection de la vie privée et des renseignements personnels. L'usager a le droit de savoir comment ses renseignements sont utilisés et comment accéder à son dossier santé ainsi qu'aux renseignements qui le concernent.



Si l'équipe doit partager des renseignements avec la ou les personnes proches aidantes de l'utilisateur, une tierce personne, ou une autre entité hors établissement, comme des organismes communautaires ou des cliniques privées, l'équipe s'assure d'obtenir le consentement de l'utilisateur durant la prestation des soins et services. Ce consentement peut être obtenu au moment de désigner sa ou ses personnes proches aidantes auxquelles l'utilisateur donne l'accès à ses renseignements.

4.1.3 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique afin de soutenir les usagers vivant en contexte de vulnérabilité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique, tels que des outils de dépistage et d'évaluation reconnus, des guides de pratique cliniques, des protocoles de soins, des outils d'intervention, des fiches techniques et des plans d'intervention. Ces outils permettent d'identifier les interventions appropriées, qu'elles soient cliniques, psychosociales ou autres, afin de répondre de manière globale et adaptée aux besoins de l'utilisateur. Ils contribuent également à réduire les variations inattendues dans les pratiques et à assurer une approche intégrée et standardisée.

4.1.4 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à traiter les plaintes en matière de violations des droits de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il est important que l'équipe soutienne l'utilisateur dans sa démarche pour formuler toute plainte de violation des droits de l'utilisateur. Cette démarche contribue à maintenir une relation positive et de confiance avec l'utilisateur. Elle permet également à l'utilisateur de continuer à recevoir des soins et services de qualité, sans crainte de représailles.

Selon la procédure en vigueur, les plaintes peuvent être présentées par l'utilisateur, le mandataire, la ou les personnes proches aidantes, ou toute personne ayant été témoin d'une situation de violations des droits de l'utilisateur. L'équipe favorise un environnement dans lequel chacun se sent en sécurité pour exprimer ses préoccupations et formuler ses plaintes.



Les plaintes peuvent porter sur des questions de sécurisation culturelle et de stigmatisation. Elles peuvent également être liées à des violations de la confidentialité des informations de santé. L'équipe informe l'utilisateur de la procédure organisationnelle pour déposer une plainte, signaler une violation de ses droits ou faire part de ses préoccupations. L'équipe fournit également à l'utilisateur des informations sur les partenaires au sein et à l'extérieur de l'établissement qui peuvent l'aider à exprimer ses préoccupations ou à déposer une plainte, comme les défenseurs des droits des usagers, les ordres professionnels ou les commissaires à la protection de la vie privée. Ces partenaires restent neutres et objectifs lorsqu'ils consultent ou conseillent l'utilisateur afin d'aider à résoudre les déséquilibres de pouvoir que l'utilisateur peut rencontrer lorsqu'il éprouve des insatisfactions avec les membres de l'équipe, les gestionnaires ou l'établissement dans son ensemble.

La procédure organisationnelle protège l'anonymat, la confidentialité et la sécurité des informations du rapport même et de la personne qui remplit ce rapport. Cette procédure rassure l'utilisateur dans l'éventualité où il dépose une plainte, signale une violation de ses droits ou fait part de ses préoccupations, ces actions ne limiteront pas ou n'affecteront pas négativement ses soins et services. La procédure comprend des moyens pour respecter la confidentialité des rapports, gérer les incidents et l'escalade, ainsi que pour définir les délais de réponse attendus.

4.1.5 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à évaluer l'aptitude de l'utilisateur à prendre des décisions éclairées sur ses soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'incapacité de l'utilisateur à prendre une décision éclairée sur ses soins et services a des répercussions importantes sur le maintien de ses droits à ces soins et services et sur la planification, la prestation et les résultats de ceux-ci. L'utilisateur est présumé apte, à moins qu'il y ait des preuves manifestes que l'utilisateur n'a pas la capacité de prendre une décision précise en matière d'un soin ou d'un service qui s'impose. L'utilisateur est informé, selon un langage qu'il peut comprendre, qu'il fait l'objet d'une évaluation de l'aptitude.

L'utilisateur est soutenu dans l'atteinte et la démonstration de ses capacités de diverses façons. Par exemple, l'utilisateur peut avoir le temps de réfléchir ou d'assimiler l'information, ou de recevoir le soutien d'un membre de l'équipe ou d'un défenseur. Si des conditions temporaires interfèrent avec la capacité de l'utilisateur à prendre des décisions, comme la sédation, l'intoxication, le délirium ou la douleur, il faut attendre que ces conditions se soient estompées avant d'évaluer sa capacité. L'aptitude à consentir peut varier dans le



temps et nécessiter une évaluation en continu. Si un usager n'est pas en mesure de donner son consentement, ses décisions en matière de soins et services peuvent être prises par l'entremise d'un mandataire, conformément aux lois applicables.

L'équipe, y compris l'utilisateur et son mandataire, comprend les lois applicables liées à la prise de décisions par le mandataire. L'information sur ces sujets est communiquée en temps opportun et dans un format clair et approprié pour chaque public cible.

4.1.6 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à obtenir, de façon itérative et continue, le consentement éclairé, libre et volontaire de l'utilisateur à recevoir des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le consentement est obtenu avant chaque intervention ou procédure, aux points de transition de soins et au moment du congé ou d'un transfert.

Le consentement éclairé et volontaire de l'utilisateur fait partie intégrante du droit de l'utilisateur de prendre des décisions concernant ses soins et services et de ce qui arrive à sa personne. Les renseignements sur les options de soins et services, leurs avantages, risques et solutions de rechange sont communiqués à l'utilisateur de façon claire et en temps opportun. L'utilisateur a le temps de passer en revue les renseignements, de les comprendre et d'obtenir des réponses à ses questions avant qu'on lui demande de donner son consentement.

Le consentement peut être implicite, généralement par le comportement ou les actions d'un usager, ou il peut être explicite, verbalement ou par écrit. Dans les cas où les pressions opérationnelles peuvent être perçues comme influant sur le consentement, le recours au consentement implicite est évité et des mesures sont prises pour confirmer que ce consentement est possible, éclairé et volontaire. Les normes de pratique pour les professionnels de la santé et les procédures organisationnelles définissent les activités de soins et services qui nécessitent un consentement explicite.

Tout problème qui peut interférer avec la capacité de l'utilisateur à donner un consentement éclairé et volontaire est cerné et considéré de manière proactive, favorisant un environnement sécuritaire et non coercitif. Si un usager n'est pas en mesure de donner son consentement, ses décisions en matière de soins et services peuvent être prises par l'entremise d'un mandataire, conformément aux lois applicables.



L'utilisateur est toujours informé des prises de décisions concernant ses soins et services et y participe autant que possible. En cas d'urgence, l'obtention d'un consentement peut ne pas être possible. Si un souhait particulier est formulé par l'utilisateur concernant sa situation, ce souhait est respecté. Tous les renseignements requis, y compris les obstacles perçus à la réception d'un consentement éclairé et volontaire d'un usager, sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur par un membre autorisé de l'équipe.

4.1.7 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à respecter le rôle du mandataire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un mandataire est nécessaire lorsque l'utilisateur est incapable de prendre lui-même une décision en matière de soins et services ou celle se rapportant à d'autres soins personnels. Le mandataire agit au nom de l'utilisateur et est considéré comme un membre actif de l'équipe.

L'équipe travaille avec l'utilisateur pour l'aider à comprendre le rôle du mandataire et l'importance d'identifier une personne pour assumer cette fonction. Dans la mesure du possible, l'équipe doit faire participer l'utilisateur quant au choix du mandataire.

L'équipe recueille des informations sur le mandataire de l'utilisateur, notamment son nom, sa relation avec l'utilisateur et ses coordonnées. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur et son dossier santé.

L'équipe aide le mandataire à s'acquitter de ses responsabilités en matière de prise de décision. Le mandataire a l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de participer aux conversations sur les options en matière de soins et services.

4.1.8 L'équipe respecte la procédure organisationnelle afin d'accompagner l'utilisateur qui exprime la volonté de mettre fin aux soins et services, de les limiter, ou d'être transféré vers un autre prestataire de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'utilisateur peut, en tout temps et à tout moment, demander de poursuivre ses soins et services avec un autre prestataire ou une autre équipe. Un effort doit être fait pour comprendre le raisonnement derrière la demande, afin d'accommoder celle-ci de manière appropriée. Ainsi, dans les situations où la demande est motivée par des propos discriminatoires ou des préjugés, l'équipe doit accompagner l'utilisateur afin de discuter de ses motivations et d'engager une réflexion respectueuse.

Les risques, de même que la disponibilité potentielle liée au transfert, ainsi que les autres services communautaires accessibles après le transfert sont passés en revue avec l'utilisateur.

Un cadre d'éthique ou décisionnel fondé sur les valeurs est utilisé pour travailler avec l'utilisateur qui a choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans ces démarches afin de parvenir à un résultat juste et équitable pour tous.

4.1.9 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à permettre à l'utilisateur d'identifier sa ou ses personnes proches aidantes qui intégreront l'équipe.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le cadre de ses soins et services, l'utilisateur peut choisir de faire participer sa ou ses personnes proches aidantes. L'utilisateur définit la façon dont il souhaite que sa ou ses personnes proches aidantes participent à ses soins et services. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur. La ou les personnes proches aidantes peuvent jouer un rôle essentiel dans les soins et services de cet usager et font partie de l'équipe selon ses souhaits.

La procédure organisationnelle prévoit des entretiens avec l'utilisateur, et précise que l'équipe doit pleinement informer l'utilisateur en quoi consiste une personne proche aidante, des raisons pour lesquelles il peut vouloir se doter d'une telle personne et des étapes à suivre pour choisir une ou plusieurs personnes proches aidantes. Ces étapes sont mises en œuvre lorsque l'utilisateur n'est pas en situation de crise ou à haut risque pour lui-même ou pour autrui et qu'il est apte à donner son consentement. Le consentement de l'utilisateur est un processus itératif et continu qui peut changer à tout moment.



L'équipe discute avec l'usager des personnes autorisées à participer à ses soins et services afin de lui permettre de révéler, en toute sécurité et confidentialité, si la présence ou la participation d'une personne n'est pas souhaitable.

4.1.10 L'équipe facilite l'accès à des soins et services pouvant répondre aux besoins des personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe reconnaît que la ou les personnes proches aidantes choisies par l'usager peuvent avoir leurs propres besoins en matière de soins et services. Ces besoins peuvent viser à favoriser leur propre santé et leur bien-être ou à leur permettre de participer activement aux soins et services de l'usager. La ou les personnes proches aidantes peuvent être affectées par la santé de l'usager, n'avoir que peu ou pas de formation, d'expérience ou de soutien pour y faire face.

L'équipe fournit ou facilite l'accès aux soins et services pour la ou les personnes proches aidantes, que ce soit à l'intérieur de l'établissement ou au sein de ressources communautaires. Ces soins et services peuvent inclure des programmes d'autogestion pour renforcer les capacités de la personne à faire face à sa situation, des groupes de soutien et des organismes communautaires pour favoriser l'intégration sociale, ainsi que des services de répit pour soutenir son réseau familial.

4.1.11 L'équipe favorise la pleine participation de l'usager tout au long du continuum de soins et services par le partage de renseignements complets.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'usager est informé de ses droits et responsabilités avant toute prestation de soins et services. Les responsabilités de l'usager comprennent la considération des autres avec respect, la communication de renseignements exacts, le signalement des risques pour la sécurité et le respect de la réglementation.

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle pour un choix éclairé et pour la prise de décisions de l'usager. L'usager reçoit l'information dont il a



besoin pour prendre des décisions sur ses soins et services. Les renseignements sont transmis en fonction des besoins et des préférences de l'utilisateur, ainsi que de sa ou ses personnes proches aidantes, si l'utilisateur le souhaite. Cela prend en compte son niveau de compréhension, d'alphabétisation ainsi que de sa langue et de sa culture. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'utilisateur en temps opportun, de manière claire et adaptée.

Différents moyens de communication peuvent être utilisés selon le contexte et la nature de l'information à transmettre. Par exemple, des sujets plus sensibles ou complexes peuvent nécessiter une approche plus structurée que des échanges de nature plus routinière.

L'équipe s'assure que l'utilisateur est pleinement intégré dans le processus décisionnel à chaque étape. L'utilisateur est informé des risques et des bienfaits des soins et services, des interventions proposées, ainsi que des ressources disponibles, y compris des groupes de soutien, des soins et services en cas de situation urgente et la façon de joindre les membres de l'équipe.

L'équipe favorise également l'autogestion de l'utilisateur par l'éducation et l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, lui permettant ainsi de maintenir son autonomie et d'améliorer son état de santé et sa qualité de vie. L'équipe encourage les questions, les commentaires et veille à ce que les renseignements soient compris, afin que l'utilisateur puisse prendre des décisions en toute confiance et selon ses préférences.

- 4.1.12 L'équipe utilise une approche de prise de décision d'ordre éthique pour soutenir la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les questions d'ordre éthique comprennent des situations où des valeurs peuvent être conflictuelles, rendant la décision difficile à prendre. Ces questions peuvent être complexes et poser un risque à la vie de l'utilisateur. Elles peuvent aussi être liées aux activités quotidiennes. On compte notamment les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre avec des risques, ainsi que les demandes de retrait ou de cessation de certains soins ou services. L'équipe est incitée à se référer au cadre éthique organisationnel et aux principes directeurs identifiés dans le plan stratégique de l'établissement pour orienter ses décisions. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans les cas où des décisions complexes doivent être prises.



- 4.1.13 L'équipe communique à l'usager les possibilités de participation aux projets de recherche en cours et aux projets d'amélioration de la qualité.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'usager a le droit d'être informé des possibilités de participer à des activités de recherche. Il peut contribuer à ces projets soit à titre de participant ou à titre d'expert en la matière agissant comme chercheur contributeur ou cochercheur. Les personnes souhaitant participer à des projets de recherche doivent être informées de ces activités ainsi que de la façon d'obtenir des informations supplémentaires sur les modalités de participation. Si la recherche fait partie du mandat de l'établissement, les équipes devraient être à l'affût des recherches en cours et offrir à l'usager la possibilité d'y participer.

De la même manière, l'usager peut également être invité à participer aux projets d'amélioration de la qualité, en cours dans l'établissement.

L'équipe suit une procédure d'examen éthique pour déterminer quand il convient de faire participer un usager à une activité de recherche, conformément au cadre d'éthique de la recherche en vigueur dans l'établissement.

- 4.1.14 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à déclarer un incident ou accident lié à la sécurité de l'usager survenu lors de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les incidents et accidents liés à la sécurité sont définis au sein de la procédure.

Un incident ou accident lié à la sécurité est un événement ou une situation qui aurait pu ou a causé un préjudice à un usager. Les incidents ou accidents liés à la sécurité de l'usager peuvent comprendre des erreurs de médication, d'intervention ou de test diagnostique, des blessures, des chutes ou des problèmes de matériel ou d'équipement, de communication, d'identification de l'usager, de bris de confidentialité, de violence ou d'agression.

La procédure organisationnelle est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes. Elle indique quels types d'incidents ou d'accidents doivent être signalés,



comment les signaler et à qui. La procédure est simple, claire, confidentielle et axée sur l'amélioration du système.

L'équipe consigne l'incident ou l'accident lié à la sécurité dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents ou accidents liés à la sécurité. L'information est partagée avec les membres de l'équipe appropriés.

- 4.1.15 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à divulguer un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur survenu lors de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les incidents et accidents liés à la sécurité sont définis au sein de la procédure.

La divulgation est un droit pour l'utilisateur et une obligation pour l'établissement, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Ce processus formel implique une discussion ouverte entre l'utilisateur ou, s'il est inapte, son mandataire, et la personne responsable du suivi au sujet d'un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur.

La divulgation soutient l'amélioration de la sécurité, favorise le rétablissement des personnes concernées, contribue au maintien de la confiance et constitue un moyen de communication tout au long du processus de gestion de l'accident ou l'incident. La divulgation est un processus dans lequel plusieurs conversations de divulgation ont lieu au fil du temps, en commençant par la divulgation initiale et en progressant vers la divulgation à la suite de l'analyse, une fois que les causes de l'événement sont connues.

La procédure organisationnelle décrit les événements liés à la sécurité qui doivent être divulgués, la personne qui dirige et soutient le processus de divulgation, ce qui doit être communiqué et à qui, quand et comment divulguer des informations sur l'incident ou l'accident et comment documenter la divulgation. La procédure décrit également les types de soutien qui peuvent être offerts à l'utilisateur et aux autres personnes impliquées dans l'incident ou l'accident découlant de la prestation de soins et services.

L'équipe consigne la divulgation dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents ou accidents liés à la sécurité. L'équipe collabore avec l'utilisateur afin de connaître son expérience concernant le processus de divulgation. Cette rétroaction est documentée par l'équipe et utilisée afin d'améliorer la procédure.



4.1.16 L'équipe se prépare aux situations d'urgences et aux sinistres en participant à des exercices de simulation.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ces simulations représentent des exercices concrets qui renforcent les compétences des membres de l'équipe en vue de se préparer aux situations d'urgences et aux sinistres. Compte tenu de l'évolution constante des populations et de la main-d'œuvre dans les établissements, ces simulations doivent être effectuées de façon périodique. En utilisant une approche fondée sur le travail d'équipe, les simulations sont effectuées aux intervalles attendus et de la manière décrite dans les procédures.

Chaque année, les équipes effectuent au moins une simulation physique, en personne, d'un type d'urgence ou d'un élément de la procédure d'évacuation. D'autres exercices de simulation peuvent être effectués virtuellement ou au moyen d'un exercice de simulation de table. Les exigences des autorités compétentes peuvent imposer des simulations plus fréquentes, comme les exercices d'évacuation en cas d'incendie.

Une fois la simulation terminée, les gestionnaires et les équipes effectuent un débriefage pour évaluer le déroulement, en faire un bilan, déterminer les suivis à effectuer, ou proposer d'éventuelles améliorations aux opérations futures. Les procédures sont mises à jour après les activités de simulation et à chaque fois qu'un changement dans l'environnement de l'établissement est susceptible de les affecter, comme la perte d'une salle commune ou d'un autre espace. Les équipes sont informées de toute modification des procédures et ont accès aux versions les plus à jour.

4.1.17 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la gestion des comportements perturbateurs et agressifs.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les comportements perturbateurs et agressifs se caractérisent par des actions, des mots ou des gestes néfastes exprimés par un usager, par sa ou ses personnes proches aidantes ou par un mandataire. Les expériences de traumatismes passés et les douleurs nouvelles ou aggravées peuvent contribuer à un comportement perturbateur et agressif.

En utilisant une approche basée sur le travail d'équipe, cette dernière suit la procédure organisationnelle pour prévenir, évaluer et gérer les comportements perturbateurs et agressifs. Cette procédure comprend des approches préventives telles que la



reconnaissance des antécédents ayant causé un comportement perturbateur et agressif ou les préférences et les habitudes de l'utilisateur.

L'équipe adopte une approche adaptée aux traumatismes, culturellement sécuritaire, pour soutenir l'utilisateur qui présente des comportements perturbateurs et agressifs. L'utilisation de mesure de contrôle se fait en dernier recours et en conformité avec la procédure organisationnelle. L'équipe travaille en collaboration afin d'identifier les causes potentielles des comportements perturbateurs et agressifs et les approches non pharmacologiques pour y remédier. Dans la mesure du possible, l'équipe calme et redirige l'utilisateur, et prend des mesures pour traiter la cause des comportements. L'adaptation de l'environnement afin de réduire ou d'augmenter les stimuli, proposer des activités ou du matériel calmant sont des stratégies d'intervention que l'équipe peut utiliser dans le but de prévenir et gérer les comportements perturbateurs agressifs.

L'équipe facilite l'accès aux professionnels appropriés pour une évaluation et un soutien lorsque les comportements perturbateurs et agressifs de l'utilisateur ne répondent pas aux stratégies mises en œuvre par l'équipe. L'équipe consigne les comportements perturbateurs et agressifs de l'utilisateur et les mesures prises pour y remédier dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé de ce dernier. L'information est partagée avec les membres de l'équipe appropriés.

L'équipe peut être sensibilisée aux comportements perturbateurs et agressifs et recevoir une formation sur la gestion de ces types de comportements, dont la formation OMEGA. Cette formation peut aider la main-d'œuvre à reconnaître, prévenir et gérer efficacement ces comportements tout en assurant la sécurité de tous. Les approches de gestion des comportements perturbateurs et agressifs peuvent également inclure les visiteurs et les personnes proches aidantes.

- 4.1.18 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'utilisation des mesures de contrôle les moins restrictives en tant que dernier recours lors de la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les mesures de contrôle physiques, chimiques ou environnementales, comme l'isolement, n'ont pas de valeur thérapeutique et ne doivent pas être utilisées dans les milieux de soins que ce soit à des fins thérapeutiques ou punitives. Le recours à des mesures de contrôle visant à limiter les mouvements de l'utilisateur ou son comportement peut avoir des effets indésirables significatifs sur son bien-être physique, mental et émotionnel.



Les mesures de contrôle sont connues pour augmenter le risque de traumatismes psychologiques et physiques, de complications respiratoires et cardiaques, d'état confusionnel aigu, d'agitation, de chutes, de dégradation de la peau et de déconditionnement. Les mesures de contrôle ne sont utilisées qu'à court terme et en dernier recours lorsqu'il existe un risque imminent et significatif de préjudice grave à l'endroit de la vie ou de la santé de l'utilisateur ou d'autres personnes, et que toutes les autres stratégies et interventions de prévention ont échoué ou ont été jugées inappropriées en vue d'assurer la sécurité de ces personnes.

La procédure organisationnelle aborde les actions suivantes qui sont aussi comprises dans les activités de l'équipe :

- travailler avec l'utilisateur de façon proactive pour reconnaître ses déclencheurs et identifier des stratégies de désescalade en vue de prévenir le recours à des mesures de contrôle;
- demander le consentement de l'utilisateur, ou, s'il est inapte, celui de son mandataire, avant qu'une mesure de contrôle ne soit utilisée en tant que dernier recours ou lorsque la prolongation de la mesure de contrôle est jugée nécessaire;
- documenter le recours à la mesure de contrôle, y compris une justification à la lumière de solutions de rechange tentées ou envisagées, d'un consentement ou d'un refus de la part de l'utilisateur ou de son mandataire, de la nature et de la durée de la mesure de contrôle, et des activités de l'équipe visant à assurer la vigilance de l'impact de la mesure de contrôle et à explorer et à promouvoir des solutions de rechange pendant toute la durée du recours à la mesure de contrôle;
- réduire ou interrompre l'utilisation de la mesure de contrôle le plus tôt possible et avoir recours à d'autres actions visant à maintenir en sécurité l'utilisateur et les autres personnes;
- mener des réunions de bilan comprenant l'utilisateur à la suite de l'utilisation de mesures de contrôle et faciliter l'accès de l'utilisateur à du soutien psychologique culturellement sécuritaire ainsi qu'à d'autres soutiens;
- répondre à toute exigence en matière de rapports au-delà de ce qui précède;
- évaluer la conformité avec la procédure organisationnelle et les meilleures pratiques en vue d'éliminer ou de réduire l'utilisation des mesures de contrôle dans les milieux de soins grâce à des méthodologies éclairées par des données probantes.

L'équipe a accès à la formation et au perfectionnement sur le recours sécuritaire et approprié aux mesures de contrôle. Ces formations couvrent, notamment, l'orientation sur la philosophie de l'établissement visant la prestation des soins les moins restrictifs possibles, sur les politiques traitant de l'utilisation exceptionnelle des mesures de



contrôle, sur les soins et services à dispenser à l'utilisateur pour qui des mesures de contrôle sont utilisées, sur la surveillance de l'utilisateur pendant le recours aux mesures de contention et sur la façon de consigner le recours à de telles mesures.

- 4.1.19 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique visant à évaluer l'état de santé de l'utilisateur de façon holistique tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de l'état de santé est effectuée le plus tôt possible au moment de la prise en charge et tout au long du continuum de soins et services. L'évaluation, éclairée par l'historique et la condition clinique actuelle de l'utilisateur ainsi que par les informations obtenues lors des transferts, tient compte des besoins biopsychosociaux de l'utilisateur, incluant les aspects physiques, mentaux, sociaux et spirituels. Il est également important de considérer les interactions entre les déterminants individuels de la santé, tels que le mode de vie, et les facteurs sociaux et environnementaux comme le revenu, l'éducation et le logement.

L'information est validée, revue et mise à jour régulièrement, particulièrement en cas de changement dans l'état de santé de l'utilisateur. Ces changements sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur.

- 4.1.20 L'équipe assure un accès en temps opportun aux services de consultation, aux services de diagnostic, aux analyses de laboratoire, ainsi qu'aux résultats.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'accès aux services de consultation, de diagnostic et aux analyses de laboratoire est organisé de manière à répondre aux besoins urgents de l'utilisateur, en tenant compte des ressources disponibles et des réalités organisationnelles telles que les heures d'ouverture et la dotation.

L'équipe suit les procédures en place permettant un accès rapide et en temps opportun à ces services, avec une priorité accordée aux situations critiques et urgentes. Lorsque ces services ne sont pas disponibles sur place, l'équipe a accès à des processus de partenariat ou des procédures permettant d'obtenir ces services de manière efficace. Les



consultations peuvent être réalisées en personne, par télémédecine, ou via le personnel de garde. Des protocoles sont en place pour définir les priorités en fonction de la gravité des états cliniques et des tests requis.

L'équipe s'assure également que l'accès en temps opportun aux spécialistes ayant de l'expertise en santé pédiatrique est offert.

4.1.21 L'équipe respecte la procédure organisationnelle de hiérarchisation et d'accès aux soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il existe une procédure organisationnelle de hiérarchisation et d'accès aux soins et services qui tient compte des besoins de l'utilisateur identifiés lors d'évaluations tout au long du continuum de soins et services.

Les besoins font référence ici à ce qui est requis pour réaliser les objectifs et atteindre les résultats souhaités de soins et services pour l'utilisateur. L'information recueillie est utilisée pour déterminer si ces soins et services offerts par l'établissement répondent aux besoins et aux préférences de l'utilisateur, pour cerner les besoins immédiats et pour établir les priorités quant à la prestation de ces soins et services. L'évaluation des besoins peut être répétée de façon périodique tout au long du continuum des soins et services afin d'adapter ceux-ci et de déterminer si de nouveaux soins et services doivent être initiés. Les besoins sont identifiés et consignés dans le dossier santé.

4.1.22 L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé qui répond aux besoins de l'utilisateur et qui tient compte de ses préférences.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan de soins et services individualisé tient compte des besoins uniques de l'utilisateur et adopte une approche holistique des soins. Il repose sur les résultats d'évaluations, les objectifs, les préférences, les résultats attendus de ces soins et services et prend en compte l'état de santé et les ressources disponibles. Il définit les rôles et les responsabilités de l'équipe ainsi que ceux de l'utilisateur. Le plan comprend également :

- le lieu de la prestation des soins et services;



- la fréquence et l'échéancier prévu;
- les objectifs et les résultats attendus;
- la date prévue de fin des soins et services;
- les plans de transition ou de suivi à la fin des soins et services.

Il peut également comprendre des renseignements sur les antécédents, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments de l'utilisateur, y compris les problèmes ou les réactions indésirables aux médicaments.

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, ainsi que les options pour ceux-ci, font l'objet de discussions avec lui. L'équipe participe à une prise de décisions partagée qui tient compte des résultats attendus pour l'utilisateur et des risques et bienfaits liés à ces options.

4.1.23 L'équipe évalue l'évolution des objectifs, des préférences et résultats attendus de l'utilisateur tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de l'évolution des objectifs, des préférences et des résultats attendus permet d'ajuster le plan de soins et services individualisé en conséquence. La consignation des progrès de l'utilisateur est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle s'effectue avec la participation de l'utilisateur. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, la discussion avec l'utilisateur, les mesures des résultats déclarés par les patients et l'observation.

4.1.24 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour la gestion de la douleur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de la douleur est effectuée lors de l'évaluation initiale de l'utilisateur, et de façon régulière par la suite. L'évaluation de la douleur et de la souffrance tient compte des sphères physiques, psychologiques, sociales et spirituelles, de l'âge, du niveau de développement de l'utilisateur, du caractère unique de chaque épisode de soins et services, ainsi que de sa capacité à percevoir et à ressentir la douleur. Des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés pour établir l'intensité, les caractéristiques,



l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que ses impacts sur les activités habituelles de l'utilisateur. L'impact des traumatismes sur l'expérience de la douleur et sur le bien-être psychologique est reconnu. La réponse aux demandes de gestion de la douleur est rapide. Les stratégies de gestion de la douleur pour l'utilisateur peuvent comprendre des interventions physiques, comportementales et psychologiques, comme des mouvements, des massages, un positionnement du corps particulier et des soins individuels, l'emploi d'analgésiques, y compris des opioïdes ou le recours à des interventions anesthésiques.

L'équipe collabore avec l'utilisateur pour déterminer ses objectifs de soins et élaborer un plan pour gérer la douleur qui répond à ses besoins et préférences. L'équipe consigne toutes les interventions de gestion de la douleur dans le dossier santé de l'utilisateur et dans son plan de soins et services individualisé. L'information est partagée avec les membres d'équipe appropriés.

4.1.25 L'équipe intègre la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ces transitions de soins sont des exemples de moments clés qui nécessitent une planification dès le début de la trajectoire de soins et services:

- l'accueil;
- l'admission;
- les changements de quart de travail;
- la référence à un autre prestataire de soins et services de la communauté;
- les transferts vers un autre service ou à un autre établissement;
- la fin des soins et services;
- le congé.

L'équipe évalue le niveau de préparation de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, y compris sa capacité physique, cognitive et psychosociale à chacune des étapes de transition. Dès le début de l'épisode de soins et services, la planification et les discussions avec l'utilisateur au sujet de la transition l'aident à mieux comprendre le processus et lui donnent l'occasion de poser des questions. La planification des étapes de transitions vise à préparer l'utilisateur et à améliorer la continuité des soins et services. Les discussions permettent aussi de s'assurer que tous les renseignements sont précis et complets, et que les préférences de l'utilisateur sont respectées.



Dans le contexte où l'utilisateur doit être transféré, l'équipe discute avec celui-ci du plan de soins et services individualisé, y compris ses objectifs et ses préférences; des soins et services offerts; des problèmes cliniques ou autres; de ce à quoi s'attendre durant la transition; des rendez-vous de suivi; des outils et des ressources informationnelles disponibles pour l'autogestion des soins, des coordonnées des membres de l'équipe et des détails quant aux situations exigeant un contact avec l'équipe.

- 4.1.26 L'équipe assure une communication claire et opportune entre ses membres, tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un langage clair et simple est utilisé pour toute communication, y compris celui utilisé lors d'une urgence ou d'une situation critique. La communication permet la continuité des soins et services en s'assurant que toutes les informations pertinentes sont transmises de manière précise et en temps opportun. Cela comprend les mises à jour régulières sur l'état de l'utilisateur, les plans de soins et services individualisés, et toute modification apportée aux soins ou services requis.

- 4.1.27 L'équipe s'assure que l'utilisateur sait qui est la personne responsable de la coordination de ses soins et services, ainsi que de la façon de la joindre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La nomination d'une personne responsable de faciliter la communication et la coordination des soins et services permet de définir les rôles et responsabilités avec clarté et de favoriser les soins centrés sur la personne. Le membre désigné peut être le membre de l'équipe qui est le plus régulièrement en contact avec l'utilisateur ou le principal prestataire des soins et services.

- 4.1.28 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour diriger les transferts vers des soins et services internes ou externes dans les cas où l'équipe est incapable de répondre aux besoins anticipés ou réels de l'utilisateur.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La capacité de l'équipe ainsi que le niveau de soins et services offerts par l'établissement sont pris en compte de manière à préciser si les besoins de l'utilisateur peuvent être satisfaits. Les critères de hiérarchisation peuvent être définis par l'autorité administrative appropriée, telle que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Dans le cas où l'équipe ou l'établissement est incapable de répondre aux besoins de l'utilisateur, la raison en est expliquée. L'accès à d'autres soins et services, y compris le transfert, est favorisé.

De plus, en cas d'urgence, d'anormalité, de complication ou d'événement préjudiciable, des politiques ou des protocoles de recours à la hiérarchie des soins et services précisent avec quels membres de l'équipe il est possible de communiquer et dans quelles circonstances. L'équipe connaît les délais de réponse appropriés et avec quelle personne communiquer en l'absence de réponse.

L'établissement dispose d'une procédure organisationnelle ou d'un plan de transfert vers un centre spécialisé qui assure la continuité des soins et services. Les renseignements sont consignés en vue d'être utilisés lors du transfert et dans la planification des soins et services.

4.1.29 L'équipe assure un suivi approprié lors des transitions de soins.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La responsabilité entourant les soins et services se poursuit jusqu'à ce que ceux-ci aient pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, à un autre service, à un autre établissement ou à un autre organisme. Les soins et services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins et services à domicile et ceux offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extrahospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins et services continus. La collaboration pour établir un plan de transition adapté à l'utilisateur et la coordination optimale entre les différentes équipes, les différents établissements et organismes sont essentielles pour assurer une transition harmonieuse et continue des soins et services ainsi que le suivi systématique de l'utilisateur.



Cette coordination s'appuie sur les meilleures pratiques pour l'accès intégré et harmonisé, telles que la consolidation et la création de trajectoires de soins et services. Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué au moyen d'un outil d'aide à la décision clinique, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné. En s'appuyant sur le cadre de référence sur l'accessibilité et la continuité de soins et services au Québec, les équipes peuvent assurer une prise en charge continue et intégrée de l'utilisateur.

L'équipe respecte les protocoles pour gérer efficacement le cheminement de l'utilisateur et utilise des outils de consignation et des stratégies de communication standardisés pour le transfert d'information.

4.1.30 L'équipe connaît les soins et services offerts dans les autres programmes-services et dans la communauté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une équipe ne peut à elle seule répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. Il est essentiel que les équipes soient informées des soins et services offerts tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement et hors de la sphère des programmes-services. Ainsi, l'équipe peut identifier des ressources ou des services complémentaires pour mieux répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. De plus, des transferts efficaces peuvent être coordonnés en temps opportun dans les cas où l'équipe ou l'établissement n'est pas en mesure d'offrir les soins ou services nécessaires à l'utilisateur, afin d'en assurer une offre ininterrompue.

Il peut s'agir de soins et services au sein du programme-services, par d'autres programmes-services de l'établissement ou au sein de la communauté, y compris les soins et services de télésanté. L'information peut viser la promotion des soins et services, la prévention, les ressources d'aide et de soutien, le traitement, la réadaptation, l'hébergement ou les soins et services de fin de vie. L'information peut être présentée sous forme d'index de ressources précisant entre autres la nature des soins et services et les modalités d'accès, ainsi que les clientèles ciblées.

4.1.31 L'équipe oriente l'utilisateur vers les ressources appropriées ou vers d'autres prestataires de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'équipe collabore avec les différents programmes-services, afin d'orienter adéquatement l'usager pour qu'il reçoive les soins et services les plus pertinents, dans le contexte le plus approprié, tout en prévenant les transferts inutiles et les solutions temporaires. La continuité des soins et services doit être assurée.

L'équipe informe l'usager et facilite l'accès à des ressources ou des soins et services complémentaires pour mieux répondre à l'ensemble de ses besoins.

- 4.1.32 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues appropriées tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe possèdent les qualifications requises pour leur permettre d'exercer selon leurs champs de pratique lors de la prestation de soins et services. Les gestionnaires de l'établissement ont la responsabilité de revoir régulièrement quelles compétences et qualifications sont requises afin de s'assurer que l'équipe satisfait les besoins de la population desservie. L'équipe dispose d'un moyen pour signaler les besoins en matière de formations pertinentes.

Les activités d'apprentissage sont offertes à la main-d'œuvre au moyen d'une approche structurée et de manière continue afin de maintenir les compétences acquises et de s'assurer que les qualifications des prestataires de soins et services demeurent à jour conformément aux politiques et procédures organisationnelles. Les activités d'apprentissage doivent être culturellement adaptées et intégrer les principes d'équité, de diversité et d'inclusion adaptés à la population desservie, notamment la communauté 2SLGBTQ+, les communautés autochtones, les communautés ethniques et d'autres populations mal desservies et marginalisées notamment les réfugiés et les immigrants.

La formation est accessible et diffusée par différents moyens afin de répondre aux besoins de la main-d'œuvre, comme des sessions virtuelles ou préenregistrées, des modules d'apprentissage sur le web, des simulations et des sessions de formation en présentiel.

- 4.1.33 L'équipe veille à gérer les délais d'attente pour l'obtention des soins et services, depuis la demande initiale jusqu'à la prise en charge effective de l'usager.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Pour limiter les temps d'attente, l'équipe peut adopter des stratégies telles que la gestion proactive des rendez-vous ou des demandes, l'échelonnement des heures de rendez-vous ou la communication proactive avec l'utilisateur en cas de délais importants. L'équipe s'assure de bien accueillir l'utilisateur en tenant compte des temps d'attente et met en place des mesures pour optimiser le flux et améliorer l'expérience de l'utilisateur.

- 4.1.34 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à recueillir la rétroaction de l'utilisateur sur son expérience des soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La collecte d'informations confidentielles et anonymes auprès de l'utilisateur permet de partager sa voix et son expérience avec l'équipe et les gestionnaires du programme-services. Les informations relatives à l'expérience de l'utilisateur en matière de soins et services sont utilisées pour éclairer les décisions concernant le modèle de soins et ciblent les activités en matière d'amélioration de la qualité.

Les rétroactions des usagers sont recueillies et prises en compte de manière cohérente et opportune. Les rétroactions des usagers peuvent être recueillies par des moyens formels et informels comme le recours à des sondages, à des groupes de discussion, à des conversations avec l'utilisateur et à des registres de plaintes.

- 4.1.35 L'équipe respecte la politique organisationnelle en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès des membres de l'équipe. Elle doit également être diffusée auprès de l'utilisateur dont l'état pourrait requérir des soins palliatifs et de fin de vie et auprès de sa ou ses personnes proches aidantes.

La politique organisationnelle au sujet des soins palliatifs et de fin de vie vise à assurer :



- l'équité dans l'accès aux soins et services;
- la continuité des soins et services entre les différents lieux de prestation;
- la qualité des soins et services offerts par des équipes interdisciplinaires;
- la sensibilisation de l'équipe au caractère inéluctable de la mort.

4.1.36 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'accès à l'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie possède des connaissances et des compétences reconnues, spécifiques et adaptées aux besoins de la clientèle. Elle conseille, soutient et fournit des renseignements à l'équipe de soins et services quant aux compétences interprofessionnelles essentielles qui sont nécessaires lors de la prestation de soins palliatifs et de fin de vie.

Bien que l'équipe de soins et services ne puisse pas toujours avoir une maîtrise sur les délais d'accès à l'équipe dédiée en soins palliatifs et de fin de vie, elle doit tout mettre en œuvre pour assurer que l'utilisateur reçoit une réponse adaptée en temps opportun, selon l'urgence et la gravité de l'état clinique et des besoins de l'utilisateur.

L'équipe s'assure que les demandes d'accès à l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs et de fin de vie sont consignées avec précision. Cette documentation comprend :

- la raison de la demande d'intervention par l'équipe interdisciplinaire;
- la date de la demande initiale;
- le niveau d'urgence associé à la demande, y compris le délai de réponse cible;
- la date de l'évaluation effectuée par l'équipe interdisciplinaire.

La demande d'accès à l'équipe interdisciplinaire peut se faire en personne, par téléphone ou par courriel, selon le cas, pour répondre aux besoins de l'utilisateur.

Dans les situations où un accès direct à l'équipe interdisciplinaire n'est pas possible, notamment dans les régions rurales, l'équipe s'assure de coordonner l'accès à d'autres prestataires de soins et services, comme les infirmières praticiennes, les médecins de garde, les soins et services de télésanté, ainsi que les soins et services en situation urgente pour assurer une prise en charge continue et adaptée.



- 4.1.37 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour repérer de manière proactive l'utilisateur pour lequel les soins palliatifs et de fin de vie seraient appropriés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique, tels que le guide Approche palliative intégrée : quand et comment, facilitent le repérage précoce de l'utilisateur susceptible de bénéficier d'une approche palliative intégrée, comme celui atteint d'une maladie à pronostic réservé, d'une maladie évolutive limitant l'espérance de vie, celui présentant une détérioration significative de son état de santé ou nécessitant une admission dans un établissement pour recevoir des soins de longue durée. L'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique permet également l'intégration des soins palliatifs et de fin de vie dès le début de la trajectoire de soins et service, afin d'améliorer la qualité de vie de l'utilisateur.

Dans un établissement qui n'offre pas de soins palliatifs ou de fin de vie, l'évaluation permet d'identifier le besoin d'orienter l'utilisateur vers des soins et services appropriés.

- 4.1.38 L'équipe fournit à l'utilisateur des renseignements pour l'aider à faire un choix éclairé sur l'endroit où il souhaite recevoir les soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur reçoit des renseignements et du soutien pour l'aider à recevoir des soins et services dans un milieu qui répond à ses besoins et préférences, soit à son domicile ou à un autre lieu de résidence. Au fur et à mesure que les besoins et les préférences de l'utilisateur changent, l'équipe aide l'utilisateur à adapter son environnement physique ou à choisir un autre milieu dans lequel les soins et services peuvent être offerts afin de s'assurer qu'il répond à ses besoins actuels en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Les membres de l'équipe fournissent, en toute transparence, des renseignements au sujet des choix et des soins et services offerts, ainsi que sur la façon dont les besoins de l'utilisateur peuvent être satisfaits dans les différents milieux possibles, tels que les lits réservés, les soins et services ambulatoires, ou les soins à domicile y compris les établissements de soins de longue durée.



- 4.1.39 L'équipe oriente la ou les personnes proches aidantes de l'utilisateur en soins palliatifs et de fin de vie vers des soins et services de répit.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le soutien accordé aux personnes proches aidantes, aussi bien sur le plan physique que sur le plan moral pendant l'évolution de l'état de santé, s'avère incontournable puisqu'il constitue un élément fondamental en soins palliatifs et de fin de vie.

L'évaluation de la nécessité de soins et services de répit est effectuée de manière proactive, en tenant compte de la situation et des besoins de la ou des personnes proches aidantes. L'équipe s'assure que la ou les personnes proches aidantes sont informées des options de répit disponibles et savent comment y accéder.

L'équipe collabore avec les différents soins et services afin de s'assurer que les besoins de répit sont pris en charge en temps opportun.

La ou les personnes proches aidantes devraient également être invitées à assurer eux-mêmes leurs soins pour réduire au minimum le stress et favoriser leur sécurité et leur bien-être.

- 4.1.40 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à discuter avec l'utilisateur de l'expression de ses volontés concernant ses objectifs de soins et de sa décision relative à la réanimation cardiorespiratoire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les souhaits de l'utilisateur en ce qui concerne le recours à la réanimation ou à un traitement de maintien en vie sont respectés. L'équipe a accès en tout temps aux membres de l'équipe ou à d'autres personnes qui connaissent la procédure organisationnelle de réanimation et qui sont formées pour prendre des décisions en matière de réanimation.

L'établissement assure la vigie du recours à la réanimation et aux traitements de prolongation de la vie, et dispose d'une procédure pour examiner les décisions de réanimation.



Dans l'éventualité où les objectifs de soins n'ont pas été respectés, les membres de l'équipe doivent fournir une raison qui est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et communiquée à sa ou ses personnes proches aidantes, ainsi qu'à l'équipe de soins et services.

La procédure organisationnelle tient compte des lignes directrices de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, notamment en lien avec la nomenclature à utiliser des trois catégories d'objectif :

- Objectif de prolongation (P) de la vie par tous les soins nécessaires;
- Objectif d'équilibre (E) des soins entre la prolongation de la vie et le confort;
- Objectif de confort (C) de la personne sans avoir pour but de prolonger la vie.

Indépendamment de l'objectif de soins formulé, l'équipe s'assure de maximiser le confort de l'utilisateur et sa qualité de vie tels qu'il les perçoit.

4.1.41 L'équipe discute des directives médicales anticipées avec l'utilisateur conformément à la législation pertinente.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La planification des directives médicales anticipées est une procédure qui permet à l'utilisateur d'exprimer à l'avance ses volontés concernant les soins et services qu'il souhaite recevoir en cas d'incapacité à consentir à ceux-ci. Selon les souhaits de l'utilisateur, les directives médicales anticipées sont partagées avec sa ou ses personnes proches aidantes.

L'utilisateur a la possibilité de discuter avec sa ou ses personnes proches aidantes, des prestataires de soins et services, des spécialistes juridiques et financiers, ainsi qu'avec son mandataire afin d'élaborer des directives médicales anticipées.

Les directives médicales anticipées sont réévaluées et les changements apportés sont consignés avec précision et en temps opportun dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur et sont communiquées à tous les membres de l'équipe qui sont autorisés à recevoir ces informations. Les membres de l'équipe effectuent des réévaluations à des points clés pendant les soins et services et en fonction des besoins de l'utilisateur, y compris pendant la transition et les changements relatifs à l'état de santé.



Si les directives médicales anticipées ne sont pas respectées, les membres de l'équipe doivent fournir une raison qui est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et communiquée à sa ou ses personnes proches aidantes, ainsi qu'à l'équipe de soins et services.

4.1.42 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'aide médicale à mourir fait référence à l'administration à l'utilisateur d'un médicament par un prestataire de soins et services qualifié à la suite de sa demande et une évaluation, selon les critères d'accessibilité définis, qui entraînera son décès dans le but de soulager sa souffrance.

La procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir est conforme aux cadres éthiques, juridiques et réglementaires applicables. Les membres de l'équipe savent comment répondre aux demandes d'aide médicale à mourir et suivent la procédure organisationnelle pour gérer ces demandes. Cela comprend une évaluation objective de la compréhension de l'utilisateur, quant aux différentes options pour soulager la souffrance.

4.1.43 L'équipe respecte les préférences de l'utilisateur au moment de son décès.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe s'informe des souhaits de l'utilisateur au sujet du lieu où il désire recevoir les soins et services et des personnes qu'il souhaite avoir à ses côtés lors de son décès. Si l'utilisateur ne peut pas être interrogé sur ses souhaits, l'équipe doit adresser la demande à sa ou ses personnes proches aidantes ou au mandataire. L'équipe discute avec sa ou ses personnes proches aidantes afin de déterminer la manière dont elles souhaitent qu'on leur annonce le décès si elles sont absentes. Les coordonnées de ces personnes sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe autorisés.

Si la ou les personnes proches aidantes ou le mandataire sont absents au moment du décès, ils doivent en être informés par un membre de l'équipe avec tact et humanité,



et se voir offrir du soutien, y compris l'accès à un guide spirituel ou à une autre personne compétente. Les membres de l'équipe doivent s'assurer que le soutien nécessaire est accessible, comme des services d'interprétation, en cas de barrières de communication.

4.1.44 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour la gestion du décès d'un usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Lorsque l'usager décède, l'équipe doit suivre la procédure qui comprend :

- la vérification et l'enregistrement du décès dans un bulletin de décès officiel;
- l'identification des membres de l'équipe qui sont responsables des soins et services avant, pendant et après le décès;
- la préparation de la ou des personnes proches aidantes en fournissant des renseignements sur la préparation du défunt et en précisant les attentes relatives au processus associé aux soins de l'usager après son décès;
- la proposition à la ou les personnes proches aidantes de participer aux soins du corps, comme le laver et l'habiller;
- la possibilité pour la ou les personnes proches aidantes d'attendre dans une autre pièce ou une autre zone pendant que l'on prépare le défunt à quitter les lieux;
- l'offre à un soutien dans le deuil à la ou les personnes proches aidantes pendant et après le décès;
- le maintien de la dignité du défunt et la sensibilité aux effets que le processus peut avoir sur sa ou ses personnes proches aidantes;
- l'offre à un accès 24 heures sur 24 à l'équipe de soins et services, y compris un accès par téléphone ou par des soins et services de télésanté;
- le transport du défunt de manière digne;
- la gestion du dossier santé du défunt, conformément aux souhaits de la ou les personnes proches aidantes;
- le résumé des rôles et responsabilités des membres de l'équipe pendant le décès et le processus suivant le décès.

La procédure s'applique également aux décès qui surviennent à domicile.

4.1.45 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à offrir du soutien aux personnes proches aidantes, avant et après le décès d'un usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'équipe dispose de ressources pertinentes, utiles et à jour au sujet des derniers moments de la vie tels que les signes et symptômes d'un décès imminent, les stratégies d'adaptation, la façon d'offrir du soutien et du réconfort pendant les derniers moments de la vie, ainsi que les services de soutien pour vivre le deuil. L'équipe partage les ressources avec l'utilisateur et sa ou ses personnes proches aidantes ou avec les autres membres de l'équipe selon les besoins.

Après le décès d'un usager, la ou les personnes proches aidantes sont invitées à recourir aux réseaux de soutien communautaire. L'accès à des intervenants en soins spirituels et à des travailleurs sociaux est fourni à l'endroit de la ou des personnes proches aidantes, selon le cas. Quand ceux-ci ne suffisent pas ou lorsqu'on entrevoit que la ou les personnes proches aidantes présentent un risque de réaction complexe face au processus de deuil, l'accès à des services complémentaires est facilité. Des services de soutien sont également disponibles pour la main-d'œuvre qui en manifesterait le besoin.

- 4.1.46 **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.

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 4.1.46.1 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.

Conseils

Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.

Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'utilisateur. Voici des exemples



d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'utilisateur, l'adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la personne proche aidante), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins et services continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'utilisateur, la reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'utilisateur et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'utilisateur ou la personne proche aidante.

L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec les utilisateurs et les personnes proches aidantes en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les utilisateurs et les personnes proches aidantes ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

- 4.1.47 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 4.1.47.1 L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Conseils

Un environnement physique intérieur et extérieur sécuritaire, libre d'obstacles, est essentiel afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Les procédures organisationnelles sont à jour, fondées sur des données probantes et sont conformes aux exigences des autorités compétentes. Les procédures identifient les actions qui doivent être effectuées afin d'offrir un environnement physique sécuritaire, notamment celles :



- De maintenir les planchers propres et secs et de nettoyer rapidement les liquides répandus;
- D'offrir des aides à la mobilité et des meubles adaptés selon la population desservie;
- De veiller à ce que les éléments structurels qui améliorent la sécurité et l'accessibilité soient en place et en bon état de fonctionnement, comme les rampes, les mains courantes, les barres d'appui, les revêtements de sol antidérapants et un éclairage adéquat;
- De réduire au minimum l'encombrement et le désordre;
- D'effectuer des vérifications de sécurité régulières des milieux de soins, et des espaces publics comme les aires de restauration, les entrées et les aires de stationnement.

En tant que membre de l'équipe, l'usager est encouragé à poser des questions, à faire part de ses préoccupations et à participer aux conversations sur la sécurité de l'environnement physique.

4.1.47.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de chutes et de blessures qui en découlent.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de chutes de l'usager et de prévenir les blessures qui en découlent. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer les risques de chutes et de blessures qui en découlent auprès de tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.



Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé de l'usager et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 4.1.47.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque de chutes ou de blessures qui en découlent.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque de chutes ou de blessures qui en découlent, une évaluation complète est effectuée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'usager peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée à l'aide d'outils d'aide à la décision. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. Les outils peuvent inclure des méthodes d'évaluation de la marche, de l'équilibre, de l'humeur, de la vision, de la cognition, de la prise des médicaments, de la comorbidité, des antécédents de chutes, de la gestion des activités de la vie quotidienne et de l'utilisation d'appareils suppléants et de technologie d'appui.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé de l'usager et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 4.1.47.4 L'équipe met en oeuvre 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'usager.

Conseils



Les interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- L'organisation de l'environnement physique de l'utilisateur afin de réduire au minimum l'encombrement et de placer les objets nécessaires à portée de main;
- L'enseignement de techniques d'autogestion de l'utilisateur pour se protéger contre les chutes, comme l'amélioration de sa force musculaire et de son équilibre et lui apprendre à bien tomber sans se faire mal;
- La revue de la pertinence des médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils suppléants pour améliorer la sécurité et la mobilité de l'utilisateur.

Les interventions sélectionnées respectent la procédure organisationnelle sur l'utilisation de mesures de contrôle.

L'information recueillie au cours de l'évaluation est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Elle est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 4.1.47.5 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.

Conseils

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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un utilisateur. Les chutes et les blessures qui en découlent qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents.



La procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 4.1.47.6 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- Les stratégies préventives qui interpellent l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire, comme le partage de l'état de mobilité de l'utilisateur sur son tableau de communication;



- Les stratégies qui permettent aux membres de l'équipe de réduire les risques de chutes et de blessures lorsqu'ils offrent un soutien aux usagers;
- Ce qu'il faut faire lorsqu'une chute ou une blessure qui en découle se produit dans le milieu de soins, ou dans un espace public, y compris la déclaration d'un incident ou accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 4.1.47.7 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :



- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés aux chutes et aux blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

4.1.48 L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

4.1.48.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer les risques d'atteinte à l'intégrité de la peau d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué



et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de procéder à un repérage de l'intégrité de la peau de tous les usagers. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 4.1.48.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour 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.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, une évaluation complète est réalisée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'usager peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée avec des outils d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes qui reflètent les soins et services prodigués, le milieu de soins, et les populations desservies.

Les outils d'évaluation sélectionnés peuvent inclure des méthodes permettant d'évaluer notamment :

- La couleur de la peau, son humidité, sa température, sa texture, son élasticité et la présence de lésions ou de déchirures;



- La perception sensorielle de l'utilisateur, son activité physique, sa mobilité et son exposition à la friction, au cisaillement, à l'humidité et aux facteurs de risques environnementaux;
- La capacité de l'utilisateur à gérer sa propre intégrité cutanée, y compris le maintien d'une bonne hygiène, d'une saine alimentation et d'un bon apport hydrique;
- Les risques associés aux comorbidités, comme le diabète, ou les risques associés aux interventions planifiées, comme la chirurgie ou les thérapies anticancéreuses.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

4.1.48.3 L'équipe met en oeuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- La mise en oeuvre de stratégies visant à optimiser l'intégrité de la peau, comme la mobilité, l'hydratation, la nutrition et l'utilisation de crèmes protectrices;
- La réalisation des réévaluations;
- La revue des médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité de la peau;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils comme des lève-personnes, des coussins ou matelas à réduction de pression.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.



- 4.1.48.4 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.

Conseils

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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager.

Il est question d'atteinte nosocomiale à l'intégrité de la peau 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.

La procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incident et accident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les préjudices et optimiser 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance d'optimiser l'intégrité de la peau;
- L'identification des risques évitables et non évitables pour l'intégrité de la peau;
- L'importance d'évaluer les surfaces et les dispositifs qui sont en contact avec la peau;
- L'importance d'évaluer les dispositifs qui pénètrent la barrière cutanée, comme les perfusions intraveineuses;
- La déclaration des atteintes nosocomiales à l'intégrité de la peau à titre d'incident et accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 4.1.48.6 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques



et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement afin d'optimiser l'intégrité de la peau.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les blessures et à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à l'atteinte de l'intégrité de la peau dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière d'optimisation de l'intégrité de la peau.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

4.1.49 L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

4.1.49.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.



Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de thromboembolie veineuse d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme celui où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Les outils de repérage sélectionnés identifient les facteurs de risque de thromboembolie veineuse, tels que les antécédents de thromboembolie veineuse, la mobilité réduite, l'âge avancé, les problèmes de santé et toutes formes d'intervention y compris les procédures chirurgicales.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer le risque de thromboembolie veineuse chez tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 4.1.49.2 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.

Conseils



Les outils d'aide à la décision clinique fournissent à l'équipe, y compris l'utilisateur, des informations fondées sur des données probantes pour faciliter la prise de décision. Les outils d'aide à la décision clinique peuvent être intégrés au sein d'ordonnances préétablies.

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque de thromboembolie veineuse, des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés afin de déterminer les interventions requises. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

Les informations recueillies grâce aux outils d'aide à la décision clinique sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

4.1.49.3 L'équipe met en oeuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse s'appuient sur les outils d'aide à la décision clinique et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- Des stratégies quotidiennes comme l'hydratation, la mobilisation, le positionnement et le port de vêtements amples;
- Des stratégies à plus long terme comme le maintien d'un poids santé et l'évitement d'un mode de vie sédentaire;
- Une thromboprophylaxie pharmacologique;
- Une thromboprophylaxie mécanique, comme l'utilisation d'un dispositif pneumatique intermittent.

Le moment de l'initiation, la durée et les exigences de vigilance des interventions thromboprophylactiques sont précisés et adaptés aux caractéristiques de l'utilisateur. Les caractéristiques de l'utilisateur peuvent



comprendre le risque de saignement, le poids, les fonctions physiologiques et les facteurs de risque comme les chutes et l'intégrité de la peau.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

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

Conseils

Il est question de thromboembolie veineuse nosocomiale lorsqu'un caillot de sang dans une veine ou dans les poumons est causé par une intervention de soins.

La procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration 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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un utilisateur. Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 4.1.49.5

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir la thromboembolie veineuse. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention de la thromboembolie veineuse;
- Les orientations actuelles sur l'identification du risque de thromboembolie veineuse chez les usagers et les stratégies préventives appropriées, y compris les interventions pharmacologiques et mécaniques;
- La déclaration des incidents thromboemboliques veineux nosocomiaux comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose d'un temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.



- 4.1.49.6 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'analyse des causes profondes des incidents liés à la thromboembolie veineuse dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant la prévention de la thromboembolie veineuse;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention de la thromboembolie veineuse.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

- 4.1.50 L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.



POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication, comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins et services posthospitaliers, la relecture et la reformulation, favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente, les outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisation. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisation. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les personnes proches aidantes de répéter l'information. Les usagers et les personnes proches aidantes ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

Test(s) de conformité

- 4.1.50.1 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.
- 4.1.50.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.



- 4.1.50.3 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.
- 4.1.50.4 L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.
- 4.1.50.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
 - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.

- 4.1.51 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 4.1.51.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.

Conseils

Le meilleur schéma thérapeutique possible est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. Les transitions de soins ont lieu lorsqu'un usager passe d'un milieu de soins à un autre.



La procédure organisationnelle définit la manière d'obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des transitions de soins, en incluant au moins les éléments suivants :

- Des entretiens virtuels ou en personne avec l'utilisateur, ou la personne responsable de la gestion des médicaments de cet usager. 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, les suppléments et tous les remèdes traditionnels ou complémentaires;
- La vérification de la liste des médicaments obtenue de l'utilisateur auprès d'au moins une autre source d'information fiable. Les sources d'information peuvent provenir du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire, du dossier santé de l'utilisateur, de la liste des médicaments au congé de l'hôpital ou de la feuille d'administration des médicaments.

La procédure organisationnelle est à jour et fondée sur des données probantes. La procédure identifie les transitions de soins au cours desquelles le meilleur schéma thérapeutique possible de l'utilisateur doit être réalisé. À titre d'exemples, il peut s'agir de la transition d'un usager vers ou depuis un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, un milieu de soins et services ambulatoires comme une clinique d'oncologie, ou un milieu de soins et services primaires où les médicaments sont gérés.

Le meilleur schéma thérapeutique possible est consigné dans le dossier santé de l'utilisateur. L'information est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 4.1.51.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.

Conseils

Les divergences entre les médicaments non résolues, qu'elles soient intentionnelles ou non, peuvent entraîner des erreurs de médication et causer un préjudice à l'utilisateur, occasionner des rencontres cliniques non planifiées et des coûts connexes pour le système de santé.



Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une prescription inappropriée et à la duplication des médicaments ayant une action thérapeutique.

Les divergences entre les médicaments sont identifiées et documentées par un membre au sein de l'équipe ayant les compétences pour le faire. Le meilleur schéma thérapeutique possible est comparé à ce qui a été récemment prescrit ou à ce qu'il est prévu de prescrire.

Les divergences identifiées sont documentées et communiquées au prescripteur de l'ordonnance. Les divergences sont résolues de manière opportune conformément à la procédure organisationnelle.

La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. Toutefois, le risque de divergences entre les médicaments est considérablement réduit lorsque le meilleur schéma thérapeutique possible est établi avant la rédaction d'une ordonnance. L'utilisation de technologies de l'information interopérables contribue à rendre le bilan comparatif des médicaments plus fiable et plus efficace.

Tous changements de médication sont discutés avec l'utilisateur afin de s'assurer qu'ils reflètent ses objectifs et ses préférences de traitement. Ces discussions permettent à l'utilisateur de comprendre quels médicaments doivent être arrêtés ou modifiés, quelles sont les interactions potentielles avec les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tout remède traditionnel ou complémentaire, et comment se départir des médicaments inutiles.

La liste précise des médicaments est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 4.1.51.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les incidents qui causent ou auraient pu causer préjudice à un utilisateur 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.

Conseils



Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents afin d'éviter les préjudices, réduire les erreurs et atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager.

Les incidents liés au maintien d'une liste précise de médicaments lors des transitions de soins comprennent les cas où le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué, est effectué de façon incorrecte ou n'est pas effectué en temps opportun et aurait pu causer un préjudice ou a causé un préjudice à un usager.

La procédure de déclaration des incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 4.1.51.4 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 transitions de soins.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.



Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les résidents et les fellows participent aux activités d'apprentissage requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage liés aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- Les stratégies pour faire participer activement l'usager dans la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, y compris l'évaluation de la connaissance des médicaments de l'usager;
- La communication des changements de médication lors des transitions de soins;
- La formation sur les outils d'aide à la décision clinique du bilan comparatif des médicaments de l'établissement et sur la technologie interopérable;
- La déclaration des incidents liés au maintien d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées conformément à la procédure organisationnelle.

- 4.1.51.5 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 transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils



L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles concernant le bilan comparatif des médicaments, y compris l'évaluation de la fiabilité et de l'exactitude des meilleurs schémas thérapeutiques possibles et l'évaluation des taux de résolution des divergences entre les médicaments et de la rapidité d'exécution;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à la tenue à jour d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur sur l'applicabilité de la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.



- 4.1.52 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes de services en temps opportun.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les demandes de services peuvent provenir de l'utilisateur, d'autres équipes ou d'établissements.

Il peut y avoir différents processus pour répondre à une demande selon le demandeur et les services demandés. Les demandes de services, le processus pour répondre à ces demandes et ce qu'on entend par « en temps opportun » varieront selon le type de service offert.

La capacité de répondre aux demandes est évaluée en fixant des délais de réponse aux demandes de services et en surveillant ces délais de même qu'en recueillant la rétroaction de la part de l'utilisateur, de sa ou ses personnes proches aidantes, des établissements qui acheminent des usagers ainsi que de la part d'autres équipes.

Le suivi de ces mesures permet de s'assurer que les soins et services sont offerts dans les meilleurs délais, en tenant compte des priorités identifiées.

- 4.1.53 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour effectuer une évaluation nutritionnelle.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation nutritionnelle est effectuée lorsque l'état de santé de l'utilisateur hospitalisé le requiert, par exemple, lorsque celui-ci est atteint de diabète, de troubles gastro-intestinaux, de signes de malnutrition tels qu'une perte de poids rapide ou une fatigue marquée, ou encore lorsque l'utilisateur éprouve des problèmes fonctionnels comme des troubles bucco-dentaires ou de déglutition. Les protocoles en place permettent d'évaluer les besoins nutritionnels et fonctionnels, de les intégrer au plan de soins et services individualisé et de les ajuster au besoin. Ils tiennent compte des transitions entre les équipes, notamment entre les soins critiques et l'hospitalisation, et s'adaptent aux spécificités des différentes populations.



L'équipe reçoit une formation adaptée à leur rôle sur le repérage et le traitement de la malnutrition, incluant les obstacles à une bonne alimentation en milieu hospitalier, tels que les horaires des repas ou l'assistance à l'usager. Les besoins nutritionnels de l'usager sont revus régulièrement. Le poids de l'usager est surveillé et consigné à l'admission, ainsi que tout au long du continuum de soins et services.

L'équipe collabore avec les services alimentaires pour fournir des repas adaptés aux besoins de l'usager. Si des soins et services spécialisés ne sont pas disponibles sur place, l'équipe accède à des ressources externes, telles que des consultations à distance ou des collaborations avec des partenaires communautaires.

4.1.54 L'équipe assure une surveillance de l'usager qui a reçu des sédatifs ou des narcotiques.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe suit un protocole établi pour surveiller et consigner l'état de l'usager ayant reçu des sédatifs ou des narcotiques. Cette surveillance inclut la vérification régulière des signes vitaux et de l'état général de l'usager pour détecter toute réaction indésirable ou complication. Le protocole est respecté afin d'assurer une prise en charge sécuritaire et appropriée.

4.1.55 L'équipe informe l'usager et sa ou ses personnes proches aidantes de la façon de déterminer le moment où il peut s'avérer nécessaire d'augmenter le niveau de soins.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'usager et sa ou ses personnes proches aidantes sont les premiers en mesure de reconnaître, ressentir ou communiquer à l'équipe un changement ou une préoccupation dans l'état de santé de l'usager. L'équipe travaille en partenariat avec l'usager et sa ou ses personnes proches aidantes pour les informer des signes ou situations nécessitant une augmentation des soins, du processus lié au changement de soins ainsi que des moyens pour obtenir de l'aide en situation d'urgence.



L'équipe communique avec l'utilisateur et sa ou ses personnes proches aidantes de façon respectueuse et avec empathie afin de les soutenir dans le développement de leurs compétences de soins ou de gestion de sa situation.

4.1.56 L'équipe évalue les besoins en matière de soins et services gériatriques pour les personnes âgées hospitalisées.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le repérage est une responsabilité partagée qui est réalisé de façon proactive et multidisciplinaire. Les personnes âgées ne sont pas uniquement caractérisées par l'âge chronologique, mais également par des éléments de fragilité physique, psychologique et sociale, de pathologies multiples et de comorbidités, ainsi que par un accès limité aux soins et services.

Des interventions systématiques qui tiennent compte de la fragilité des personnes âgées sont en place dans les unités d'hospitalisation. Celles-ci visent à mettre l'accent sur les activités de base telles que boire, manger, marcher, s'orienter dans le temps et l'espace.

L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique tels que les outils AINÉES, ISAR et PRISMA-7, pour le repérage de l'utilisateur en perte d'autonomie dans le but d'éviter la prolongation non nécessaire de la durée de l'hospitalisation et d'assurer le retour sécuritaire au domicile, et ce, dans un délai opportun.

4.1.57 L'équipe respecte la procédure organisationnelle liée au programme de dons d'organes et de tissus pour les donneurs vivants et décédés.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe vérifie le Registre de dons d'organes et de tissus afin de déterminer les souhaits et l'intention déclarée du donneur potentiel. En l'absence de volonté exprimée, elle fournit à la ou les personnes proches aidantes des informations claires et complètes pour les aider à prendre une décision éclairée. Les informations transmises peuvent comprendre :



- des détails sur le processus pour consulter le registre des donneurs;
- les démarches nécessaires pour accéder au dossier santé du donneur potentiel;
- les exigences concernant les antécédents sociaux, l'examen physique et les analyses nécessaires;
- ainsi que des précisions sur la confidentialité des résultats et l'utilisation prévue des organes et tissus donnés.

Les soins et services relatifs à la procédure de don, à la suite d'un décès circulatoire, sont clairement définis et incluent une déclaration précise de la position de l'établissement pour prévenir toute confusion et uniformiser la pratique clinique. Ces soins et services tiennent également compte des besoins des receveurs potentiels, notamment pour garantir que les organes et tissus donnés répondent aux critères médicaux et aux exigences légales applicables.

Si l'établissement n'offre pas de soins et services spécifiques pour le don à la suite d'un décès circulatoire, un processus est mis en place pour répondre aux demandes des personnes proches aidantes, notamment en les orientant vers des établissements appropriés.

Lors de l'élaboration ou l'amélioration des procédures en matière de dons d'organes et de tissus, l'équipe s'assure d'impliquer des usagers, y compris des receveurs d'organes ou de tissus.

4.1.58 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'identification et l'acheminement de chaque donneur potentiel.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle doit être adaptée au type d'établissement et inclure des critères d'exclusion propres aux différents organes et tissus. Ces critères peuvent comprendre des éléments tels que l'incapacité de déterminer la cause du décès, un décès causé par la rage ou un risque élevé d'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les soins de fin de vie englobent également le choix offert au donneur potentiel de faire un don, tout en assurant que les organes et tissus prélevés répondent aux besoins spécifiques des receveurs, selon les exigences légales applicables.

4.1.59 L'équipe respecte les procédures normalisées de l'organisme de dons d'organes et de tissus.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les procédures normalisées incluent des directives détaillées pour l'identification, l'évaluation et la gestion des donneurs potentiels, tout en assurant une coordination efficace avec les organismes de dons d'organes et de tissus, les banques de tissus et les centres de transplantation. Ces procédures couvrent également les besoins des receveurs, comme la gestion des listes d'attente, l'appariement des organes et tissus, et la communication des résultats pertinents aux receveurs et aux équipes médicales impliquées.

Les procédures doivent inclure :

- l'examen physique des donneurs potentiels, les analyses sérologiques, les tests de dépistage des maladies infectieuses, ainsi que la gestion des résultats positifs de ces tests, qui doivent être communiqués aux autorités de santé et aux parties prenantes concernées, y compris les receveurs lorsque nécessaire;
- un manuel des procédures d'opérations normalisées, accessible à l'équipe et contenant des informations sur chaque procédure, telles que les objectifs, les dates d'entrée en vigueur et de révision, et les responsabilités associées. Ce manuel peut être fourni par l'organisme de dons d'organes et de tissus.

La conformité des équipes est vérifiée régulièrement par le directeur médical ou son remplaçant désigné. L'efficacité des procédures d'opérations normalisées est examinée annuellement, et des modifications peuvent être apportées en fonction des résultats.

Enfin, des protocoles fondés sur les meilleures pratiques sont appliqués pour optimiser la gestion des donneurs immédiatement après la déclaration du décès et durant les étapes d'évaluation, en assurant un suivi rigoureux de l'hémodynamique, de la glycémie, de la ventilation, de la température et d'autres paramètres critiques, tout en garantissant que ces actions répondent aux critères et attentes des receveurs potentiels.

4.2 Pratiques transversales

4.2.1 Les équipes s'assurent que l'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les autres options aux soins et services de télésanté pourraient comprendre la visite en personne ou la consultation téléphonique avec un membre de la main-d'œuvre. Les usagers devraient s'attendre à recevoir la même qualité de soins et services, peu importe leur forme.

- 4.2.2 Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents sont disponibles sur au point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées. La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :

- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;
- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;



- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle ou l'utilisation de marqueurs fluorescents ou d'adénosine triphosphate (ATP).

4.2.3 Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Par exemple, l'établissement peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.

4.2.4 Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle ainsi que sur l'importance et la pertinence de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoire. L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les publics cibles. Le style de présentation est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension.

Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres et les écrans dans les salles d'attente.



- 4.2.5 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique portent sur les moyens de détecter une éclosion, de déterminer sa cause (y compris si elle provient d'aliments contaminés), de recueillir des données ou des échantillons pour trouver d'autres cas, ainsi que de contenir une éclosion dès qu'elle est détectée.

- 4.2.6 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe responsables de recueillir et de mettre à jour l'information sur les allergies et les réactions indésirables aux médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur sont spécifiés. Les champs d'information relatifs aux allergies des usagers dans le profil et le type de réaction, la gravité et la date à laquelle l'allergie a été identifiée sont consignés.

- 4.2.7 Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il faut consulter le profil de l'utilisateur pour vérifier toutes les « bonnes » conditions de l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.

- 4.2.8 Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux ou à l'efficacité clinique. Les informations pertinentes sont consignées au dossier santé de l'utilisateur. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



Chapitre 5: Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)

Contexte

Ce chapitre porte sur l'évaluation des soins et services ambulatoires et des soins spécialisés à domicile, offerts par les établissements publics du Québec. Les soins et services évalués visent les populations de tous âges, inscrites mais non admises. Les soins et services ambulatoires sont offerts dans différents milieux tels que les cliniques externes des hôpitaux, les centres de dialyse ou les hôpitaux de jour. Le chapitre présente des exigences envers l'équipe de soins et services lors d'interventions effectuées sans anesthésie ou sous anesthésie locale, lors de la prestation de soins et services spécifiques, épisodiques et en appui aux soins de première ligne. Quant aux soins spécialisés à domicile, ils sont offerts aux usagers nécessitant des soins complexes à domicile, tels que l'inhalothérapie, la ventilation assistée à domicile ou l'hémodialyse, dans le but de compléter la prestation de soins et services, tout en s'assurant du bon fonctionnement des équipements spécialisés requis. L'évaluation de ce chapitre s'appuie sur les orientations ministérielles et les meilleures pratiques en vigueur.

Remarque: Les critères 35 à 45 des chapitres 2 à 8 portent sur les soins palliatifs et de fin de vie. L'utilisation du terme « objectifs de soins » dans ces critères remplace celui de « niveaux de soins » utilisé précédemment. Par ailleurs, les chapitres 2 - Soins et services d'urgence (usagers inscrits), 4 - Soins et services d'hospitalisation (usagers admis), et 7 - Soins et services critiques (usagers admis) incluent trois critères relatifs au don d'organes et de tissus, répartis en fonction de la nature des soins et services offerts.

5.1 Épisodes de soins et services - Soins et services ambulatoires et les soins spécialisés à domicile (usagers inscrits)

5.1.1 L'équipe adopte une approche inclusive dans l'ensemble de sa prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Une approche inclusive nécessite une ouverture réelle par l'équipe envers la diversité sous toutes ses formes. Cette approche tient compte des dimensions identitaires, des déficits intellectuels, physiques, et sensoriels ainsi que celles d'appartenance culturelle ou religieuse, des croyances et des pratiques culturelles et spirituelles, de l'âge, des expériences de vie antérieures et des traumatismes potentiels, ainsi que du statut socioéconomique. Ces dimensions comprennent également la diversité sexuelle et la pluralité des genres.

L'équipe veille à utiliser un langage neutre, évitant toute présomption concernant l'identité, l'orientation sexuelle, les capacités physiques ou intellectuelles, ou la structure familiale d'un usager dans ses interactions avec celui-ci. Cette approche permet la reconnaissance de l'identité de l'usager dans le système de santé en entier, peu importe sa porte d'entrée et tout au long du continuum de soins et services.

En adoptant cette approche, l'équipe veille à ce que l'usager soit considéré avec respect et bienveillance, tout en prenant en compte de ses changements de prénom usuel ou de pronoms, même si ceux-ci diffèrent de ceux inscrits au dossier santé ou aux documents officiels. L'équipe encourage l'utilisation des bons prénoms usuels ou des pronoms choisis par l'usager et, dans la mesure du possible, indique ces derniers au dossier santé. L'inclusion de la famille choisie, c'est-à-dire de sa ou ses personnes proches aidantes ou de son ou de ses partenaires de vie qui ne font pas partie de la famille au sens légal ou biologique, est également favorisée afin de respecter l'hétérogénéité des structures familiales possibles. De plus, le respect de l'identité du genre est appliqué en tout temps, même lorsque l'usager n'est pas présent et ce respect s'applique également à sa ou ses personnes proches aidantes.

L'équipe respecte le rythme de dévoilement de l'usager et fait preuve d'humilité à cet égard, reconnaissant que l'expression de l'identité de l'usager ne lui appartient pas. Ainsi, il faut éviter de poser des questions de nature intrusive et laisser l'usager dévoiler les informations pertinentes à son identité au rythme qui lui convient. Si des questions de nature délicate doivent être posées, l'équipe en explique la raison.

5.1.2 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la confidentialité des renseignements personnels de l'usager.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



La notion de confidentialité comprend la protection de la vie privée et des renseignements personnels. L'utilisateur a le droit de savoir comment ses renseignements sont utilisés et comment accéder à son dossier santé ainsi qu'aux renseignements qui le concernent.

Si l'équipe doit partager des renseignements avec la ou les personnes proches aidantes de l'utilisateur, une tierce personne, ou une autre entité hors établissement, comme des organismes communautaires ou des cliniques privées, l'équipe s'assure d'obtenir le consentement de l'utilisateur durant la prestation des soins et services. Ce consentement peut être obtenu au moment de désigner sa ou ses personnes proches aidantes auxquelles l'utilisateur donne l'accès à ses renseignements.

5.1.3 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique afin de soutenir les usagers vivant en contexte de vulnérabilité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique, tels que des outils de dépistage et d'évaluation reconnus, des guides de pratique cliniques, des protocoles de soins, des outils d'intervention, des fiches techniques et des plans d'intervention. Ces outils permettent d'identifier les interventions appropriées, qu'elles soient cliniques, psychosociales ou autres, afin de répondre de manière globale et adaptée aux besoins de l'utilisateur. Ils contribuent également à réduire les variations inattendues dans les pratiques et à assurer une approche intégrée et standardisée.

5.1.4 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à traiter les plaintes en matière de violations des droits de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il est important que l'équipe soutienne l'utilisateur dans sa démarche pour formuler toute plainte de violation des droits de l'utilisateur. Cette démarche contribue à maintenir une relation positive et de confiance avec l'utilisateur. Elle permet également à l'utilisateur de continuer à recevoir des soins et services de qualité, sans crainte de représailles.

Selon la procédure en vigueur, les plaintes peuvent être présentées par l'utilisateur, le mandataire, la ou les personnes proches aidantes, ou toute personne ayant été témoin



d'une situation de violations des droits de l'utilisateur. L'équipe favorise un environnement dans lequel chacun se sent en sécurité pour exprimer ses préoccupations et formuler ses plaintes.

Les plaintes peuvent porter sur des questions de sécurisation culturelle et de stigmatisation. Elles peuvent également être liées à des violations de la confidentialité des informations de santé. L'équipe informe l'utilisateur de la procédure organisationnelle pour déposer une plainte, signaler une violation de ses droits ou faire part de ses préoccupations. L'équipe fournit également à l'utilisateur des informations sur les partenaires au sein et à l'extérieur de l'établissement qui peuvent l'aider à exprimer ses préoccupations ou à déposer une plainte, comme les défenseurs des droits des usagers, les ordres professionnels ou les commissaires à la protection de la vie privée. Ces partenaires restent neutres et objectifs lorsqu'ils consultent ou conseillent l'utilisateur afin d'aider à résoudre les déséquilibres de pouvoir que l'utilisateur peut rencontrer lorsqu'il éprouve des insatisfactions avec les membres de l'équipe, les gestionnaires ou l'établissement dans son ensemble.

La procédure organisationnelle protège l'anonymat, la confidentialité et la sécurité des informations du rapport même et de la personne qui remplit ce rapport. Cette procédure rassure l'utilisateur dans l'éventualité où il dépose une plainte, signale une violation de ses droits ou fait part de ses préoccupations, ces actions ne limiteront pas ou n'affecteront pas négativement ses soins et services. La procédure comprend des moyens pour respecter la confidentialité des rapports, gérer les incidents et l'escalade, ainsi que pour définir les délais de réponse attendus.

5.1.5 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à évaluer l'aptitude de l'utilisateur à prendre des décisions éclairées sur ses soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'incapacité de l'utilisateur à prendre une décision éclairée sur ses soins et services a des répercussions importantes sur le maintien de ses droits à ces soins et services et sur la planification, la prestation et les résultats de ceux-ci. L'utilisateur est présumé apte, à moins qu'il y ait des preuves manifestes que l'utilisateur n'a pas la capacité de prendre une décision précise en matière d'un soin ou d'un service qui s'impose. L'utilisateur est informé, selon un langage qu'il peut comprendre, qu'il fait l'objet d'une évaluation de l'aptitude.

L'utilisateur est soutenu dans l'atteinte et la démonstration de ses capacités de diverses façons. Par exemple, l'utilisateur peut avoir le temps de réfléchir ou d'assimiler l'information,



ou de recevoir le soutien d'un membre de l'équipe ou d'un défenseur. Si des conditions temporaires interfèrent avec la capacité de l'utilisateur à prendre des décisions, comme la sédation, l'intoxication, le délirium ou la douleur, il faut attendre que ces conditions se soient estompées avant d'évaluer sa capacité. L'aptitude à consentir peut varier dans le temps et nécessiter une évaluation en continu. Si un utilisateur n'est pas en mesure de donner son consentement, ses décisions en matière de soins et services peuvent être prises par l'entremise d'un mandataire, conformément aux lois applicables.

L'équipe, y compris l'utilisateur et son mandataire, comprend les lois applicables liées à la prise de décisions par le mandataire. L'information sur ces sujets est communiquée en temps opportun et dans un format clair et approprié pour chaque public cible.

5.1.6 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à obtenir, de façon itérative et continue, le consentement éclairé, libre et volontaire de l'utilisateur à recevoir des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le consentement est obtenu avant chaque intervention ou procédure, aux points de transition de soins et au moment du congé ou d'un transfert.

Le consentement éclairé et volontaire de l'utilisateur fait partie intégrante du droit de l'utilisateur de prendre des décisions concernant ses soins et services et de ce qui arrive à sa personne. Les renseignements sur les options de soins et services, leurs avantages, risques et solutions de rechange sont communiqués à l'utilisateur de façon claire et en temps opportun. L'utilisateur a le temps de passer en revue les renseignements, de les comprendre et d'obtenir des réponses à ses questions avant qu'on lui demande de donner son consentement.

Le consentement peut être implicite, généralement par le comportement ou les actions d'un utilisateur, ou il peut être explicite, verbalement ou par écrit. Dans les cas où les pressions opérationnelles peuvent être perçues comme influant sur le consentement, le recours au consentement implicite est évité et des mesures sont prises pour confirmer que ce consentement est possible, éclairé et volontaire. Les normes de pratique pour les professionnels de la santé et les procédures organisationnelles définissent les activités de soins et services qui nécessitent un consentement explicite.

Tout problème qui peut interférer avec la capacité de l'utilisateur à donner un consentement éclairé et volontaire est cerné et considéré de manière proactive, favorisant un



environnement sécuritaire et non coercitif. Si un usager n'est pas en mesure de donner son consentement, ses décisions en matière de soins et services peuvent être prises par l'entremise d'un mandataire, conformément aux lois applicables.

L'utilisateur est toujours informé des prises de décisions concernant ses soins et services et y participe autant que possible. En cas d'urgence, l'obtention d'un consentement peut ne pas être possible. Si un souhait particulier est formulé par l'utilisateur concernant sa situation, ce souhait est respecté. Tous les renseignements requis, y compris les obstacles perçus à la réception d'un consentement éclairé et volontaire d'un usager, sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur par un membre autorisé de l'équipe.

5.1.7 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à respecter le rôle du mandataire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un mandataire est nécessaire lorsque l'utilisateur est incapable de prendre lui-même une décision en matière de soins et services ou celle se rapportant à d'autres soins personnels. Le mandataire agit au nom de l'utilisateur et est considéré comme un membre actif de l'équipe.

L'équipe travaille avec l'utilisateur pour l'aider à comprendre le rôle du mandataire et l'importance d'identifier une personne pour assumer cette fonction. Dans la mesure du possible, l'équipe doit faire participer l'utilisateur quant au choix du mandataire.

L'équipe recueille des informations sur le mandataire de l'utilisateur, notamment son nom, sa relation avec l'utilisateur et ses coordonnées. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur et son dossier santé.

L'équipe aide le mandataire à s'acquitter de ses responsabilités en matière de prise de décision. Le mandataire a l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de participer aux conversations sur les options en matière de soins et services.

5.1.8 L'équipe respecte la procédure organisationnelle afin d'accompagner l'utilisateur qui exprime la volonté de mettre fin aux soins et services, de les limiter, ou d'être transféré vers un autre prestataire de soins et services.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur peut, en tout temps et à tout moment, demander de poursuivre ses soins et services avec un autre prestataire ou une autre équipe. Un effort doit être fait pour comprendre le raisonnement derrière la demande, afin d'accommoder celle-ci de manière appropriée. Ainsi, dans les situations où la demande est motivée par des propos discriminatoires ou des préjugés, l'équipe doit accompagner l'utilisateur afin de discuter de ses motivations et d'engager une réflexion respectueuse.

Les risques, de même que la disponibilité potentielle liée au transfert, ainsi que les autres services communautaires accessibles après le transfert sont passés en revue avec l'utilisateur.

Un cadre d'éthique ou décisionnel fondé sur les valeurs est utilisé pour travailler avec l'utilisateur qui a choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans ces démarches afin de parvenir à un résultat juste et équitable pour tous.

5.1.9 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à permettre à l'utilisateur d'identifier sa ou ses personnes proches aidantes qui intégreront l'équipe.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le cadre de ses soins et services, l'utilisateur peut choisir de faire participer sa ou ses personnes proches aidantes. L'utilisateur définit la façon dont il souhaite que sa ou ses personnes proches aidantes participent à ses soins et services. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur. La ou les personnes proches aidantes peuvent jouer un rôle essentiel dans les soins et services de cet usager et font partie de l'équipe selon ses souhaits.

La procédure organisationnelle prévoit des entretiens avec l'utilisateur, et précise que l'équipe doit pleinement informer l'utilisateur en quoi consiste une personne proche aidante, des raisons pour lesquelles il peut vouloir se doter d'une telle personne et des étapes à suivre pour choisir une ou plusieurs personnes proches aidantes. Ces étapes sont mises



en œuvre lorsque l'utilisateur n'est pas en situation de crise ou à haut risque pour lui-même ou pour autrui et qu'il est apte à donner son consentement. Le consentement de l'utilisateur est un processus itératif et continu qui peut changer à tout moment.

L'équipe discute avec l'utilisateur des personnes autorisées à participer à ses soins et services afin de lui permettre de révéler, en toute sécurité et confidentialité, si la présence ou la participation d'une personne n'est pas souhaitable.

5.1.10 L'équipe facilite l'accès à des soins et services pouvant répondre aux besoins des personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe reconnaît que la ou les personnes proches aidantes choisies par l'utilisateur peuvent avoir leurs propres besoins en matière de soins et services. Ces besoins peuvent viser à favoriser leur propre santé et leur bien-être ou à leur permettre de participer activement aux soins et services de l'utilisateur. La ou les personnes proches aidantes peuvent être affectées par la santé de l'utilisateur, n'avoir que peu ou pas de formation, d'expérience ou de soutien pour y faire face.

L'équipe fournit ou facilite l'accès aux soins et services pour la ou les personnes proches aidantes, que ce soit à l'intérieur de l'établissement ou au sein de ressources communautaires. Ces soins et services peuvent inclure des programmes d'autogestion pour renforcer les capacités de la personne à faire face à sa situation, des groupes de soutien et des organismes communautaires pour favoriser l'intégration sociale, ainsi que des services de répit pour soutenir son réseau familial.

5.1.11 L'équipe favorise la pleine participation de l'utilisateur tout au long du continuum de soins et services par le partage de renseignements complets.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur est informé de ses droits et responsabilités avant toute prestation de soins et services. Les responsabilités de l'utilisateur comprennent la considération des autres avec respect, la communication de renseignements exacts, le signalement des risques pour la sécurité et le respect de la réglementation.



La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle pour un choix éclairé et pour la prise de décisions de l'utilisateur. L'utilisateur reçoit l'information dont il a besoin pour prendre des décisions sur ses soins et services. Les renseignements sont transmis en fonction des besoins et des préférences de l'utilisateur, ainsi que de sa ou ses personnes proches aidantes, si l'utilisateur le souhaite. Cela prend en compte son niveau de compréhension, d'alphabétisation ainsi que de sa langue et de sa culture. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'utilisateur en temps opportun, de manière claire et adaptée.

Différents moyens de communication peuvent être utilisés selon le contexte et la nature de l'information à transmettre. Par exemple, des sujets plus sensibles ou complexes peuvent nécessiter une approche plus structurée que des échanges de nature plus routinière.

L'équipe s'assure que l'utilisateur est pleinement intégré dans le processus décisionnel à chaque étape. L'utilisateur est informé des risques et des bienfaits des soins et services, des interventions proposées, ainsi que des ressources disponibles, y compris des groupes de soutien, des soins et services en cas de situation urgente et la façon de joindre les membres de l'équipe.

L'équipe favorise également l'autogestion de l'utilisateur par l'éducation et l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, lui permettant ainsi de maintenir son autonomie et d'améliorer son état de santé et sa qualité de vie. L'équipe encourage les questions, les commentaires et veille à ce que les renseignements soient compris, afin que l'utilisateur puisse prendre des décisions en toute confiance et selon ses préférences.

5.1.12 L'équipe utilise une approche de prise de décision d'ordre éthique pour soutenir la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les questions d'ordre éthique comprennent des situations où des valeurs peuvent être conflictuelles, rendant la décision difficile à prendre. Ces questions peuvent être complexes et poser un risque à la vie de l'utilisateur. Elles peuvent aussi être liées aux activités quotidiennes. On compte notamment les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre avec des risques, ainsi que les demandes de retrait ou de cessation de certains soins ou services. L'équipe est incitée à se référer au cadre éthique



organisationnel et aux principes directeurs identifiés dans le plan stratégique de l'établissement pour orienter ses décisions. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans les cas où des décisions complexes doivent être prises.

5.1.13 L'équipe communique à l'utilisateur les possibilités de participation aux projets de recherche en cours et aux projets d'amélioration de la qualité.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur a le droit d'être informé des possibilités de participer à des activités de recherche. Il peut contribuer à ces projets soit à titre de participant ou à titre d'expert en la matière agissant comme chercheur contributeur ou cochercheur. Les personnes souhaitant participer à des projets de recherche doivent être informées de ces activités ainsi que de la façon d'obtenir des informations supplémentaires sur les modalités de participation. Si la recherche fait partie du mandat de l'établissement, les équipes devraient être à l'affût des recherches en cours et offrir à l'utilisateur la possibilité d'y participer.

De la même manière, l'utilisateur peut également être invité à participer aux projets d'amélioration de la qualité, en cours dans l'établissement.

L'équipe suit une procédure d'examen éthique pour déterminer quand il convient de faire participer un utilisateur à une activité de recherche, conformément au cadre d'éthique de la recherche en vigueur dans l'établissement.

5.1.14 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à déclarer un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur survenu lors de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les incidents et accidents liés à la sécurité sont définis au sein de la procédure.

Un incident ou accident lié à la sécurité est un événement ou une situation qui aurait pu ou a causé un préjudice à un utilisateur. Les incidents ou accidents liés à la sécurité de l'utilisateur peuvent comprendre des erreurs de médication, d'intervention ou de test diagnostique, des blessures, des chutes ou des problèmes de matériel ou d'équipement,



de communication, d'identification de l'utilisateur, de bris de confidentialité, de violence ou d'agression.

La procédure organisationnelle est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes. Elle indique quels types d'incidents ou d'accidents doivent être signalés, comment les signaler et à qui. La procédure est simple, claire, confidentielle et axée sur l'amélioration du système.

L'équipe consigne l'incident ou l'accident lié à la sécurité dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents ou accidents liés à la sécurité. L'information est partagée avec les membres de l'équipe appropriés.

- 5.1.15 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à divulguer un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur survenu lors de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les incidents et accidents liés à la sécurité sont définis au sein de la procédure.

La divulgation est un droit pour l'utilisateur et une obligation pour l'établissement, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Ce processus formel implique une discussion ouverte entre l'utilisateur ou, s'il est inapte, son mandataire, et la personne responsable du suivi au sujet d'un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur.

La divulgation soutient l'amélioration de la sécurité, favorise le rétablissement des personnes concernées, contribue au maintien de la confiance et constitue un moyen de communication tout au long du processus de gestion de l'accident ou l'incident. La divulgation est un processus dans lequel plusieurs conversations de divulgation ont lieu au fil du temps, en commençant par la divulgation initiale et en progressant vers la divulgation à la suite de l'analyse, une fois que les causes de l'événement sont connues.

La procédure organisationnelle décrit les événements liés à la sécurité qui doivent être divulgués, la personne qui dirige et soutient le processus de divulgation, ce qui doit être communiqué et à qui, quand et comment divulguer des informations sur l'incident ou l'accident et comment documenter la divulgation. La procédure décrit également les types de soutien qui peuvent être offerts à l'utilisateur et aux autres personnes impliquées dans l'incident ou l'accident découlant de la prestation de soins et services.



L'équipe consigne la divulgation dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents ou accidents liés à la sécurité. L'équipe collabore avec l'utilisateur afin de connaître son expérience concernant le processus de divulgation. Cette rétroaction est documentée par l'équipe et utilisée afin d'améliorer la procédure.

5.1.16 L'équipe se prépare aux situations d'urgences et aux sinistres en participant à des exercices de simulation.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ces simulations représentent des exercices concrets qui renforcent les compétences des membres de l'équipe en vue de se préparer aux situations d'urgences et aux sinistres. Compte tenu de l'évolution constante des populations et de la main-d'œuvre dans les établissements, ces simulations doivent être effectuées de façon périodique. En utilisant une approche fondée sur le travail d'équipe, les simulations sont effectuées aux intervalles attendus et de la manière décrite dans les procédures.

Chaque année, les équipes effectuent au moins une simulation physique, en personne, d'un type d'urgence ou d'un élément de la procédure d'évacuation. D'autres exercices de simulation peuvent être effectués virtuellement ou au moyen d'un exercice de simulation de table. Les exigences des autorités compétentes peuvent imposer des simulations plus fréquentes, comme les exercices d'évacuation en cas d'incendie.

Une fois la simulation terminée, les gestionnaires et les équipes effectuent un débriefage pour évaluer le déroulement, en faire un bilan, déterminer les suivis à effectuer, ou proposer d'éventuelles améliorations aux opérations futures. Les procédures sont mises à jour après les activités de simulation et à chaque fois qu'un changement dans l'environnement de l'établissement est susceptible de les affecter, comme la perte d'une salle commune ou d'un autre espace. Les équipes sont informées de toute modification des procédures et ont accès aux versions les plus à jour.

5.1.17 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la gestion des comportements perturbateurs et agressifs.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les comportements perturbateurs et agressifs se caractérisent par des actions, des mots ou des gestes néfastes exprimés par un usager, par sa ou ses personnes proches aidantes ou par un mandataire. Les expériences de traumatismes passés et les douleurs nouvelles ou aggravées peuvent contribuer à un comportement perturbateur et agressif.

En utilisant une approche basée sur le travail d'équipe, cette dernière suit la procédure organisationnelle pour prévenir, évaluer et gérer les comportements perturbateurs et agressifs. Cette procédure comprend des approches préventives telles que la reconnaissance des antécédents ayant causé un comportement perturbateur et agressif ou les préférences et les habitudes de l'usager.

L'équipe adopte une approche adaptée aux traumatismes, culturellement sécuritaire, pour soutenir l'usager qui présente des comportements perturbateurs et agressifs. L'utilisation de mesure de contrôle se fait en dernier recours et en conformité avec la procédure organisationnelle. L'équipe travaille en collaboration afin d'identifier les causes potentielles des comportements perturbateurs et agressifs et les approches non pharmacologiques pour y remédier. Dans la mesure du possible, l'équipe calme et redirige l'usager, et prend des mesures pour traiter la cause des comportements. L'adaptation de l'environnement afin de réduire ou d'augmenter les stimuli, proposer des activités ou du matériel calmant sont des stratégies d'intervention que l'équipe peut utiliser dans le but de prévenir et gérer les comportements perturbateurs agressifs.

L'équipe facilite l'accès aux professionnels appropriés pour une évaluation et un soutien lorsque les comportements perturbateurs et agressifs de l'usager ne répondent pas aux stratégies mises en œuvre par l'équipe. L'équipe consigne les comportements perturbateurs et agressifs de l'usager et les mesures prises pour y remédier dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé de ce dernier. L'information est partagée avec les membres de l'équipe appropriés.

L'équipe peut être sensibilisée aux comportements perturbateurs et agressifs et recevoir une formation sur la gestion de ces types de comportements, dont la formation OMEGA. Cette formation peut aider la main-d'œuvre à reconnaître, prévenir et gérer efficacement ces comportements tout en assurant la sécurité de tous. Les approches de gestion des comportements perturbateurs et agressifs peuvent également inclure les visiteurs et les personnes proches aidantes.

- 5.1.18 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'utilisation des mesures de contrôle les moins restrictives en tant que dernier recours lors de la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Les mesures de contrôle physiques, chimiques ou environnementales, comme l'isolement, n'ont pas de valeur thérapeutique et ne doivent pas être utilisées dans les milieux de soins que ce soit à des fins thérapeutiques ou punitives. Le recours à des mesures de contrôle visant à limiter les mouvements de l'usager ou son comportement peut avoir des effets indésirables significatifs sur son bien-être physique, mental et émotionnel.

Les mesures de contrôle sont connues pour augmenter le risque de traumatismes psychologiques et physiques, de complications respiratoires et cardiaques, d'état confusionnel aigu, d'agitation, de chutes, de dégradation de la peau et de déconditionnement. Les mesures de contrôle ne sont utilisées qu'à court terme et en dernier recours lorsqu'il existe un risque imminent et significatif de préjudice grave à l'endroit de la vie ou de la santé de l'usager ou d'autres personnes, et que toutes les autres stratégies et interventions de prévention ont échoué ou ont été jugées inappropriées en vue d'assurer la sécurité de ces personnes.

La procédure organisationnelle aborde les actions suivantes qui sont aussi comprises dans les activités de l'équipe :

- travailler avec l'usager de façon proactive pour reconnaître ses déclencheurs et identifier des stratégies de désescalade en vue de prévenir le recours à des mesures de contrôle;
- demander le consentement de l'usager, ou, s'il est inapte, celui de son mandataire, avant qu'une mesure de contrôle ne soit utilisée en tant que dernier recours ou lorsque la prolongation de la mesure de contrôle est jugée nécessaire;
- documenter le recours à la mesure de contrôle, y compris une justification à la lumière de solutions de rechange tentées ou envisagées, d'un consentement ou d'un refus de la part de l'usager ou de son mandataire, de la nature et de la durée de la mesure de contrôle, et des activités de l'équipe visant à assurer la vigie de l'impact de la mesure de contrôle et à explorer et à promouvoir des solutions de rechange pendant toute la durée du recours à la mesure de contrôle;
- réduire ou interrompre l'utilisation de la mesure de contrôle le plus tôt possible et avoir recours à d'autres actions visant à maintenir en sécurité l'usager et les autres personnes;
- mener des réunions de bilan comprenant l'usager à la suite de l'utilisation de mesures de contrôle et faciliter l'accès de l'usager à du soutien psychologique culturellement sécuritaire ainsi qu'à d'autres soutiens;
- répondre à toute exigence en matière de rapports au-delà de ce qui précède;
- évaluer la conformité avec la procédure organisationnelle et les meilleures pratiques en vue d'éliminer ou de réduire l'utilisation des mesures de contrôle dans



les milieux de soins grâce à des méthodologies éclairées par des données probantes.

L'équipe a accès à la formation et du perfectionnement sur le recours sécuritaire et approprié aux mesures de contrôle. Ces formations couvrent, notamment, l'orientation sur la philosophie de l'établissement visant la prestation des soins les moins restrictifs possibles, sur les politiques traitant de l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, sur les soins et services à dispenser à l'utilisateur pour qui des mesures de contrôle sont utilisées, sur la surveillance de l'utilisateur pendant le recours aux mesures de contention et sur la façon de consigner le recours à de telles mesures.

- 5.1.19 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique visant à évaluer l'état de santé de l'utilisateur de façon holistique tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de l'état de santé est effectuée le plus tôt possible au moment de la prise en charge et tout au long du continuum de soins et services. L'évaluation, éclairée par l'historique et la condition clinique actuelle de l'utilisateur ainsi que par les informations obtenues lors des transferts, tient compte des besoins biopsychosociaux de l'utilisateur, incluant les aspects physiques, mentaux, sociaux et spirituels. Il est également important de considérer les interactions entre les déterminants individuels de la santé, tels que le mode de vie, et les facteurs sociaux et environnementaux comme le revenu, l'éducation et le logement.

L'information est validée, revue et mise à jour régulièrement, particulièrement en cas de changement dans l'état de santé de l'utilisateur. Ces changements sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur.

- 5.1.20 L'équipe assure un accès en temps opportun aux services de consultation, aux services de diagnostic, aux analyses de laboratoire, ainsi qu'aux résultats.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'accès aux services de consultation, de diagnostic et aux analyses de laboratoire est organisé de manière à répondre aux besoins urgents de l'utilisateur, en tenant compte des



ressources disponibles et des réalités organisationnelles telles que les heures d'ouverture et la dotation.

L'équipe suit les procédures en place permettant un accès rapide et en temps opportun à ces services, avec une priorité accordée aux situations critiques et urgentes. Lorsque ces services ne sont pas disponibles sur place, l'équipe a accès à des processus de partenariat ou des procédures permettant d'obtenir ces services de manière efficace. Les consultations peuvent être réalisées en personne, par télémédecine, ou via le personnel de garde. Des protocoles sont en place pour définir les priorités en fonction de la gravité des états cliniques et des tests requis.

L'équipe s'assure également que l'accès en temps opportun aux spécialistes ayant de l'expertise en santé pédiatrique est offert.

5.1.21 L'équipe respecte la procédure organisationnelle de hiérarchisation et d'accès aux soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il existe une procédure organisationnelle de hiérarchisation et d'accès aux soins et services qui tient compte des besoins de l'utilisateur identifiés lors d'évaluations tout au long du continuum de soins et services.

Les besoins font référence ici à ce qui est requis pour réaliser les objectifs et atteindre les résultats souhaités de soins et services pour l'utilisateur. L'information recueillie est utilisée pour déterminer si ces soins et services offerts par l'établissement répondent aux besoins et aux préférences de l'utilisateur, pour cerner les besoins immédiats et pour établir les priorités quant à la prestation de ces soins et services. L'évaluation des besoins peut être répétée de façon périodique tout au long du continuum des soins et services afin d'adapter ceux-ci et de déterminer si de nouveaux soins et services doivent être initiés. Les besoins sont identifiés et consignés dans le dossier santé.

5.1.22 L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé qui répond aux besoins de l'utilisateur et qui tient compte de ses préférences.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Le plan de soins et services individualisé tient compte des besoins uniques de l'utilisateur et adopte une approche holistique des soins. Il repose sur les résultats d'évaluations, les objectifs, les préférences, les résultats attendus de ces soins et services et prend en compte l'état de santé et les ressources disponibles. Il définit les rôles et les responsabilités de l'équipe ainsi que ceux de l'utilisateur. Le plan comprend également :

- le lieu de la prestation des soins et services;
- la fréquence et l'échéancier prévu;
- les objectifs et les résultats attendus;
- la date prévue de fin des soins et services;
- les plans de transition ou de suivi à la fin des soins et services.

Il peut également comprendre des renseignements sur les antécédents, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments de l'utilisateur, y compris les problèmes ou les réactions indésirables aux médicaments.

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, ainsi que les options pour ceux-ci, font l'objet de discussions avec lui. L'équipe participe à une prise de décisions partagée qui tient compte des résultats attendus pour l'utilisateur et des risques et bienfaits liés à ces options.

5.1.23 L'équipe évalue l'évolution des objectifs, des préférences et résultats attendus de l'utilisateur tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de l'évolution des objectifs, des préférences et des résultats attendus permet d'ajuster le plan de soins et services individualisé en conséquence. La consignation des progrès de l'utilisateur est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle s'effectue avec la participation de l'utilisateur. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, la discussion avec l'utilisateur, les mesures des résultats déclarés par les patients et l'observation.

5.1.24 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour la gestion de la douleur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'évaluation de la douleur est effectuée lors de l'évaluation initiale de l'utilisateur, et de façon régulière par la suite. L'évaluation de la douleur et de la souffrance tient compte des sphères physiques, psychologiques, sociales et spirituelles, de l'âge, du niveau de développement de l'utilisateur, du caractère unique de chaque épisode de soins et services, ainsi que de sa capacité à percevoir et à ressentir la douleur. Des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés pour établir l'intensité, les caractéristiques, l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que ses impacts sur les activités habituelles de l'utilisateur. L'impact des traumatismes sur l'expérience de la douleur et sur le bien-être psychologique est reconnu. La réponse aux demandes de gestion de la douleur est rapide. Les stratégies de gestion de la douleur pour l'utilisateur peuvent comprendre des interventions physiques, comportementales et psychologiques, comme des mouvements, des massages, un positionnement du corps particulier et des soins individuels, l'emploi d'analgésiques, y compris des opioïdes ou le recours à des interventions anesthésiques.

L'équipe collabore avec l'utilisateur pour déterminer ses objectifs de soins et élaborer un plan pour gérer la douleur qui répond à ses besoins et préférences. L'équipe consigne toutes les interventions de gestion de la douleur dans le dossier santé de l'utilisateur et dans son plan de soins et services individualisé. L'information est partagée avec les membres d'équipe appropriés.

5.1.25 L'équipe intègre la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ces transitions de soins sont des exemples de moments clés qui nécessitent une planification dès le début de la trajectoire de soins et services:

- l'accueil;
- l'admission;
- les changements de quart de travail;
- la référence à un autre prestataire de soins et services de la communauté;
- les transferts vers un autre service ou à un autre établissement;
- la fin des soins et services;
- le congé.

L'équipe évalue le niveau de préparation de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, y compris sa capacité physique, cognitive et psychosociale à chacune des étapes de



transition. Dès le début de l'épisode de soins et services, la planification et les discussions avec l'utilisateur au sujet de la transition l'aident à mieux comprendre le processus et lui donnent l'occasion de poser des questions. La planification des étapes de transitions vise à préparer l'utilisateur et à améliorer la continuité des soins et services. Les discussions permettent aussi de s'assurer que tous les renseignements sont précis et complets, et que les préférences de l'utilisateur sont respectées.

Dans le contexte où l'utilisateur doit être transféré, l'équipe discute avec celui-ci du plan de soins et services individualisé, y compris ses objectifs et ses préférences; des soins et services offerts; des problèmes cliniques ou autres; de ce à quoi s'attendre durant la transition; des rendez-vous de suivi; des outils et des ressources informationnelles disponibles pour l'autogestion des soins, des coordonnées des membres de l'équipe et des détails quant aux situations exigeant un contact avec l'équipe.

- 5.1.26 L'équipe assure une communication claire et opportune entre ses membres, tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un langage clair et simple est utilisé pour toute communication, y compris celui utilisé lors d'une urgence ou d'une situation critique. La communication permet la continuité des soins et services en s'assurant que toutes les informations pertinentes sont transmises de manière précise et en temps opportun. Cela comprend les mises à jour régulières sur l'état de l'utilisateur, les plans de soins et services individualisés, et toute modification apportée aux soins ou services requis.

- 5.1.27 L'équipe s'assure que l'utilisateur sait qui est la personne responsable de la coordination de ses soins et services, ainsi que de la façon de la joindre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La nomination d'une personne responsable de faciliter la communication et la coordination des soins et services permet de définir les rôles et responsabilités avec clarté et de favoriser les soins centrés sur la personne. Le membre désigné peut être le membre de l'équipe qui est le plus régulièrement en contact avec l'utilisateur ou le principal prestataire des soins et services.



- 5.1.28 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour diriger les transferts vers des soins et services internes ou externes dans les cas où l'équipe est incapable de répondre aux besoins anticipés ou réels de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La capacité de l'équipe ainsi que le niveau de soins et services offerts par l'établissement sont pris en compte de manière à préciser si les besoins de l'utilisateur peuvent être satisfaits. Les critères de hiérarchisation peuvent être définis par l'autorité administrative appropriée, telle que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Dans le cas où l'équipe ou l'établissement est incapable de répondre aux besoins de l'utilisateur, la raison en est expliquée. L'accès à d'autres soins et services, y compris le transfert, est favorisé.

De plus, en cas d'urgence, d'anormalité, de complication ou d'événement préjudiciable, des politiques ou des protocoles de recours à la hiérarchie des soins et services précisent avec quels membres de l'équipe il est possible de communiquer et dans quelles circonstances. L'équipe connaît les délais de réponse appropriés et avec quelle personne communiquer en l'absence de réponse.

L'établissement dispose d'une procédure organisationnelle ou d'un plan de transfert vers un centre spécialisé qui assure la continuité des soins et services. Les renseignements sont consignés en vue d'être utilisés lors du transfert et dans la planification des soins et services.

- 5.1.29 L'équipe assure un suivi approprié lors des transitions de soins.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La responsabilité entourant les soins et services se poursuit jusqu'à ce que ceux-ci aient pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, à un autre service, à un autre établissement ou à un autre organisme. Les soins et services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins et services à domicile et ceux offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extrahospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins et services continus. La

collaboration pour établir un plan de transition adapté à l'utilisateur et la coordination optimale entre les différentes équipes, les différents établissements et organismes sont essentielles pour assurer une transition harmonieuse et continue des soins et services ainsi que le suivi systématique de l'utilisateur.

Cette coordination s'appuie sur les meilleures pratiques pour l'accès intégré et harmonisé, telles que la consolidation et la création de trajectoires de soins et services. Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué au moyen d'un outil d'aide à la décision clinique, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné. En s'appuyant sur le cadre de référence sur l'accessibilité et la continuité de soins et services au Québec, les équipes peuvent assurer une prise en charge continue et intégrée de l'utilisateur.

L'équipe respecte les protocoles pour gérer efficacement le cheminement de l'utilisateur et utilise des outils de consignation et des stratégies de communication standardisés pour le transfert d'information.

5.1.30 L'équipe connaît les soins et services offerts dans les autres programmes-services et dans la communauté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une équipe ne peut à elle seule répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. Il est essentiel que les équipes soient informées des soins et services offerts tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement et hors de la sphère des programmes-services. Ainsi, l'équipe peut identifier des ressources ou des services complémentaires pour mieux répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. De plus, des transferts efficaces peuvent être coordonnés en temps opportun dans les cas où l'équipe ou l'établissement n'est pas en mesure d'offrir les soins ou services nécessaires à l'utilisateur, afin d'en assurer une offre ininterrompue.

Il peut s'agir de soins et services au sein du programme-services, par d'autres programmes-services de l'établissement ou au sein de la communauté, y compris les soins et services de télésanté. L'information peut viser la promotion des soins et services, la prévention, les ressources d'aide et de soutien, le traitement, la réadaptation, l'hébergement ou les soins et services de fin de vie. L'information peut être présentée sous forme d'index de ressources précisant entre autres la nature des soins et services et les modalités d'accès, ainsi que les clientèles ciblées.



- 5.1.31 L'équipe oriente l'utilisateur vers les ressources appropriées ou vers d'autres prestataires de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe collabore avec les différents programmes-services, afin d'orienter adéquatement l'utilisateur pour qu'il reçoive les soins et services les plus pertinents, dans le contexte le plus approprié, tout en prévenant les transferts inutiles et les solutions temporaires. La continuité des soins et services doit être assurée.

L'équipe informe l'utilisateur et facilite l'accès à des ressources ou des soins et services complémentaires pour mieux répondre à l'ensemble de ses besoins.

- 5.1.32 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues appropriées tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe possèdent les qualifications requises pour leur permettre d'exercer selon leurs champs de pratique lors de la prestation de soins et services. Les gestionnaires de l'établissement ont la responsabilité de revoir régulièrement quelles compétences et qualifications sont requises afin de s'assurer que l'équipe satisfait les besoins de la population desservie. L'équipe dispose d'un moyen pour signaler les besoins en matière de formations pertinentes. Les activités d'apprentissage sont offertes à la main-d'œuvre au moyen d'une approche structurée et de manière continue afin de maintenir les compétences acquises et de s'assurer que les qualifications des prestataires de soins et services demeurent à jour conformément aux politiques et procédures organisationnelles.

Les activités d'apprentissage doivent être culturellement adaptées et intégrer les principes d'équité, de diversité et d'inclusion adaptés à la population desservie, notamment la communauté 2SLGBTQ+, les communautés autochtones, les communautés ethniques et d'autres populations mal desservies et marginalisées notamment les réfugiés et les immigrants.

La formation est accessible et diffusée par différents moyens afin de répondre aux besoins de la main-d'œuvre, comme des sessions virtuelles ou préenregistrées, des



modules d'apprentissage sur le web, des simulations et des sessions de formation en présentiel.

- 5.1.33 L'équipe veille à gérer les délais d'attente pour l'obtention des soins et services, depuis la demande initiale jusqu'à la prise en charge effective de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Pour limiter les temps d'attente, l'équipe peut adopter des stratégies telles que la gestion proactive des rendez-vous ou des demandes, l'échelonnement des heures de rendez-vous ou la communication proactive avec l'utilisateur en cas de délais importants. L'équipe s'assure de bien accueillir l'utilisateur en tenant compte des temps d'attente et met en place des mesures pour optimiser le flux et améliorer l'expérience de l'utilisateur.

- 5.1.34 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à recueillir la rétroaction de l'utilisateur sur son expérience des soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La collecte d'informations confidentielles et anonymes auprès de l'utilisateur permet de partager sa voix et son expérience avec l'équipe et les gestionnaires du programme-services. Les informations relatives à l'expérience de l'utilisateur en matière de soins et services sont utilisées pour éclairer les décisions concernant le modèle de soins et ciblent les activités en matière d'amélioration de la qualité. Les rétroactions des utilisateurs sont recueillies et prises en compte de manière cohérente et opportune.

Les rétroactions des utilisateurs peuvent être recueillies par des moyens formels et informels comme le recours à des sondages, à des groupes de discussion, à des conversations avec l'utilisateur et à des registres de plaintes.

- 5.1.35 L'équipe respecte la politique organisationnelle en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



La politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès des membres de l'équipe. Elle doit également être diffusée auprès de l'utilisateur dont l'état pourrait requérir des soins palliatifs et de fin de vie et auprès de sa ou ses personnes proches aidantes.

La politique organisationnelle au sujet des soins palliatifs et de fin de vie vise à assurer :

- l'équité dans l'accès aux soins et services;
- la continuité des soins et services entre les différents lieux de prestation;
- la qualité des soins et services offerts par des équipes interdisciplinaires;
- la sensibilisation de l'équipe au caractère inéluctable de la mort.

5.1.36 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'accès à l'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie possède des connaissances et des compétences reconnues, spécifiques et adaptées aux besoins de la clientèle. Elle conseille, soutient et fournit des renseignements à l'équipe de soins et services quant aux compétences interprofessionnelles essentielles qui sont nécessaires lors de la prestation de soins palliatifs et de fin de vie.

Bien que l'équipe de soins et services ne puisse pas toujours avoir une maîtrise sur les délais d'accès à l'équipe dédiée en soins palliatifs et de fin de vie, elle doit tout mettre en œuvre pour assurer que l'utilisateur reçoit une réponse adaptée en temps opportun, selon l'urgence et la gravité de l'état clinique et des besoins de l'utilisateur.

L'équipe s'assure que les demandes d'accès à l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs et de fin de vie sont consignées avec précision. Cette documentation comprend :

- la raison de la demande d'intervention par l'équipe interdisciplinaire;
- la date de la demande initiale;
- le niveau d'urgence associé à la demande, y compris le délai de réponse cible;
- la date de l'évaluation effectuée par l'équipe interdisciplinaire.

La demande d'accès à l'équipe interdisciplinaire peut se faire en personne, par téléphone ou par courriel, selon le cas, pour répondre aux besoins de l'utilisateur.



Dans les situations où un accès direct à l'équipe interdisciplinaire n'est pas possible, notamment dans les régions rurales, l'équipe s'assure de coordonner l'accès à d'autres prestataires de soins et services, comme les infirmières praticiennes, les médecins de garde, les soins et services de télésanté, ainsi que les soins et services en situation urgente pour assurer une prise en charge continue et adaptée.

- 5.1.37 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour repérer de manière proactive l'utilisateur pour lequel les soins palliatifs et de fin de vie seraient appropriés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique, tels que le guide Approche palliative intégrée : quand et comment, facilitent le repérage précoce de l'utilisateur susceptible de bénéficier d'une approche palliative intégrée, comme celui atteint d'une maladie à pronostic réservé, d'une maladie évolutive limitant l'espérance de vie, celui présentant une détérioration significative de son état de santé ou nécessitant une admission dans un établissement pour recevoir des soins de longue durée. L'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique permet également l'intégration des soins palliatifs et de fin de vie dès le début de la trajectoire de soins et service, afin d'améliorer la qualité de vie de l'utilisateur.

Dans un établissement qui n'offre pas de soins palliatifs ou de fin de vie, l'évaluation permet d'identifier le besoin d'orienter l'utilisateur vers des soins et services appropriés.

- 5.1.38 L'équipe fournit à l'utilisateur des renseignements pour l'aider à faire un choix éclairé sur l'endroit où il souhaite recevoir les soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur reçoit des renseignements et du soutien pour l'aider à recevoir des soins et services dans un milieu qui répond à ses besoins et préférences, soit à son domicile ou à un autre lieu de résidence. Au fur et à mesure que les besoins et les préférences de



l'utilisateur changeant, l'équipe aide l'utilisateur à adapter son environnement physique ou à choisir un autre milieu dans lequel les soins et services peuvent être offerts afin de s'assurer qu'il répond à ses besoins actuels en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Les membres de l'équipe fournissent, en toute transparence, des renseignements au sujet des choix et des soins et services offerts, ainsi que sur la façon dont les besoins de l'utilisateur peuvent être satisfaits dans les différents milieux possibles, tels que les lits réservés, les soins et services ambulatoires, ou les soins à domicile y compris les établissements de soins de longue durée.

5.1.39 L'équipe oriente la ou les personnes proches aidantes de l'utilisateur en soins palliatifs et de fin de vie vers des soins et services de répit.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le soutien accordé aux personnes proches aidantes, aussi bien sur le plan physique que sur le plan moral pendant l'évolution de l'état de santé, s'avère incontournable puisqu'il constitue un élément fondamental en soins palliatifs et de fin de vie.

L'évaluation de la nécessité de soins et services de répit est effectuée de manière proactive, en tenant compte de la situation et des besoins de la ou des personnes proches aidantes. L'équipe s'assure que la ou les personnes proches aidantes sont informées des options de répit disponibles et savent comment y accéder.

L'équipe collabore avec les différents soins et services afin de s'assurer que les besoins de répit sont pris en charge en temps opportun.

La ou les personnes proches aidantes devraient également être invitées à assurer eux-mêmes leurs soins pour réduire au minimum le stress et favoriser leur sécurité et leur bien-être.

5.1.40 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à discuter avec l'utilisateur de l'expression de ses volontés concernant ses objectifs de soins et de sa décision relative à la réanimation cardiorespiratoire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les souhaits de l'utilisateur en ce qui concerne le recours à la réanimation ou à un traitement de maintien en vie sont respectés. L'équipe a accès en tout temps aux membres de l'équipe ou à d'autres personnes qui connaissent la procédure organisationnelle de réanimation et qui sont formées pour prendre des décisions en matière de réanimation.

L'établissement assure la vigie du recours à la réanimation et aux traitements de prolongation de la vie, et dispose d'une procédure pour examiner les décisions de réanimation.

Dans l'éventualité où les objectifs de soins n'ont pas été respectés, les membres de l'équipe doivent fournir une raison qui est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et communiquée à sa ou ses personnes proches aidantes, ainsi qu'à l'équipe de soins et services.

La procédure organisationnelle tient compte des lignes directrices de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, notamment en lien avec la nomenclature à utiliser des trois catégories d'objectif :

- Objectif de prolongation (P) de la vie par tous les soins nécessaires;
- Objectif d'équilibre (E) des soins entre la prolongation de la vie et le confort;
- Objectif de confort (C) de la personne sans avoir pour but de prolonger la vie.

Indépendamment de l'objectif de soins formulé, l'équipe s'assure de maximiser le confort de l'utilisateur et sa qualité de vie tels qu'il les perçoit.

5.1.41 L'équipe discute des directives médicales anticipées avec l'utilisateur conformément à la législation pertinente.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La planification des directives médicales anticipées est une procédure qui permet à l'utilisateur d'exprimer à l'avance ses volontés concernant les soins et services qu'il souhaite recevoir en cas d'incapacité à consentir à ceux-ci. Selon les souhaits de l'utilisateur, les directives médicales anticipées sont partagées avec sa ou ses personnes proches aidantes.



L'utilisateur a la possibilité de discuter avec sa ou ses personnes proches aidantes, des prestataires de soins et services, des spécialistes juridiques et financiers, ainsi qu'avec son mandataire afin d'élaborer des directives médicales anticipées.

Les directives médicales anticipées sont réévaluées et les changements apportés sont consignés avec précision et en temps opportun dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur et sont communiquées à tous les membres de l'équipe qui sont autorisés à recevoir ces informations. Les membres de l'équipe effectuent des réévaluations à des points clés pendant les soins et services et en fonction des besoins de l'utilisateur, y compris pendant la transition et les changements relatifs à l'état de santé.

Si les directives médicales anticipées ne sont pas respectées, les membres de l'équipe doivent fournir une raison qui est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et communiquée à sa ou ses personnes proches aidantes, ainsi qu'à l'équipe de soins et services.

5.1.42 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'aide médicale à mourir fait référence à l'administration à l'utilisateur d'un médicament par un prestataire de soins et services qualifié à la suite de sa demande et une évaluation, selon les critères d'accessibilité définis, qui entraînera son décès dans le but de soulager sa souffrance.

La procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir est conforme aux cadres éthiques, juridiques et réglementaires applicables. Les membres de l'équipe savent comment répondre aux demandes d'aide médicale à mourir et suivent la procédure organisationnelle pour gérer ces demandes. Cela comprend une évaluation objective de la compréhension de l'utilisateur, quant aux différentes options pour soulager la souffrance.

5.1.43 L'équipe respecte les préférences de l'utilisateur au moment de son décès.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'équipe s'informe des souhaits de l'utilisateur au sujet du lieu où il désire recevoir les soins et services et des personnes qu'il souhaite avoir à ses côtés lors de son décès. Si l'utilisateur ne peut pas être interrogé sur ses souhaits, l'équipe doit adresser la demande à sa ou ses personnes proches aidantes ou au mandataire. L'équipe discute avec sa ou ses personnes proches aidantes afin de déterminer la manière dont elles souhaitent qu'on leur annonce le décès si elles sont absentes. Les coordonnées de ces personnes sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe autorisés.

Si la ou les personnes proches aidantes ou le mandataire sont absents au moment du décès, ils doivent en être informés par un membre de l'équipe avec tact et humanité, et se voir offrir du soutien, y compris l'accès à un guide spirituel ou à une autre personne compétente. Les membres de l'équipe doivent s'assurer que le soutien nécessaire est accessible, comme des services d'interprétation, en cas de barrières de communication.

5.1.44 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour la gestion du décès d'un usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Lorsque l'utilisateur décède, l'équipe doit suivre la procédure qui comprend :

- la vérification et l'enregistrement du décès dans un bulletin de décès officiel;
- l'identification des membres de l'équipe qui sont responsables des soins et services avant, pendant et après le décès;
- la préparation de la ou des personnes proches aidantes en fournissant des renseignements sur la préparation du défunt et en précisant les attentes relatives au processus associé aux soins de l'utilisateur après son décès;
- la proposition à la ou les personnes proches aidantes de participer aux soins du corps, comme le laver et l'habiller;
- la possibilité pour la ou les personnes proches aidantes d'attendre dans une autre pièce ou une autre zone pendant que l'on prépare le défunt à quitter les lieux;
- l'offre à un soutien dans le deuil à la ou les personnes proches aidantes pendant et après le décès;
- le maintien de la dignité du défunt et la sensibilité aux effets que le processus peut avoir sur sa ou ses personnes proches aidantes;
- l'offre à un accès 24 heures sur 24 à l'équipe de soins et services, y compris un accès par téléphone ou par des soins et services de télésanté;
- le transport du défunt de manière digne;
- la gestion du dossier santé du défunt, conformément aux souhaits de la ou les personnes proches aidantes;



- le résumé des rôles et responsabilités des membres de l'équipe pendant le décès et le processus suivant le décès.

La procédure s'applique également aux décès qui surviennent à domicile.

5.1.45 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à offrir du soutien aux personnes proches aidantes, avant et après le décès d'un usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe dispose de ressources pertinentes, utiles et à jour au sujet des derniers moments de la vie tels que les signes et symptômes d'un décès imminent, les stratégies d'adaptation, la façon d'offrir du soutien et du réconfort pendant les derniers moments de la vie, ainsi que les services de soutien pour vivre le deuil. L'équipe partage les ressources avec l'utilisateur et sa ou ses personnes proches aidantes ou avec les autres membres de l'équipe selon les besoins.

Après le décès d'un usager, la ou les personnes proches aidantes sont invitées à recourir aux réseaux de soutien communautaire. L'accès à des intervenants en soins spirituels et à des travailleurs sociaux est fourni à l'endroit de la ou des personnes proches aidantes, selon le cas. Quand ceux-ci ne suffisent pas ou lorsqu'on entrevoit que la ou les personnes proches aidantes présentent un risque de réaction complexe face au processus de deuil, l'accès à des services complémentaires est facilité. Des services de soutien sont également disponibles pour la main-d'œuvre qui en manifesterait le besoin.

5.1.46 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 5.1.46.1 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.



Conseils

Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.

Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'utilisateur. Voici des exemples d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'utilisateur, l'adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la personne proche aidante), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins et services continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'utilisateur, la reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'utilisateur et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'utilisateur ou la personne proche aidante.

L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les personnes proches aidantes ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

5.1.47

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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

5.1.47.1

L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.



Conseils

Un environnement physique intérieur et extérieur sécuritaire, libre d'obstacles, est essentiel afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Les procédures organisationnelles sont à jour, fondées sur des données probantes et sont conformes aux exigences des autorités compétentes. Les procédures identifient les actions qui doivent être effectuées afin d'offrir un environnement physique sécuritaire, notamment celles :

- De maintenir les planchers propres et secs et de nettoyer rapidement les liquides répandus;
- D'offrir des aides à la mobilité et des meubles adaptés selon la population desservie;
- De veiller à ce que les éléments structurels qui améliorent la sécurité et l'accessibilité soient en place et en bon état de fonctionnement, comme les rampes, les mains courantes, les barres d'appui, les revêtements de sol antidérapants et un éclairage adéquat;
- De réduire au minimum l'encombrement et le désordre;
- D'effectuer des vérifications de sécurité régulières des milieux de soins, et des espaces publics comme les aires de restauration, les entrées et les aires de stationnement.

En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur est encouragé à poser des questions, à faire part de ses préoccupations et à participer aux conversations sur la sécurité de l'environnement physique.

5.1.47.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de chutes et de blessures qui en découlent.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de chutes de l'utilisateur et de prévenir les blessures qui en découlent. Les outils sélectionnés sont fondés sur des



données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer les risques de chutes et de blessures qui en découlent auprès de tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé de l'usager et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 5.1.47.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque de chutes ou de blessures qui en découlent.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque de chutes ou de blessures qui en découlent, une évaluation complète est effectuée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'usager peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée à l'aide d'outils d'aide à la décision. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. Les outils peuvent inclure des méthodes d'évaluation de la marche, de l'équilibre, de l'humeur, de la vision, de la cognition, de la prise des médicaments, de la comorbidité, des antécédents de chutes, de la gestion des activités de la vie quotidienne et de l'utilisation d'appareils suppléants et de technologie d'appui.



Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 5.1.47.4 L'équipe met en oeuvre 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.

Conseils

Les interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- L'organisation de l'environnement physique de l'utilisateur afin de réduire au minimum l'encombrement et de placer les objets nécessaires à portée de main;
- L'enseignement de techniques d'autogestion de l'utilisateur pour se protéger contre les chutes, comme l'amélioration de sa force musculaire et de son équilibre et lui apprendre à bien tomber sans se faire mal;
- La revue de la pertinence des médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils suppléants pour améliorer la sécurité et la mobilité de l'utilisateur.

Les interventions sélectionnées respectent la procédure organisationnelle sur l'utilisation de mesures de contrôle.

L'information recueillie au cours de l'évaluation est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Elle est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 5.1.47.5



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.

Conseils

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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager. Les chutes et les blessures qui en découlent qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents.

La procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 5.1.47.6 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- Les stratégies préventives qui interpellent l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire, comme le partage de l'état de mobilité de l'usager sur son tableau de communication;
- Les stratégies qui permettent aux membres de l'équipe de réduire les risques de chutes et de blessures lorsqu'ils offrent un soutien aux usagers;
- Ce qu'il faut faire lorsqu'une chute ou une blessure qui en découle se produit dans le milieu de soins, ou dans un espace public, y compris la déclaration d'un incident ou accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 5.1.47.7 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.

Conseils



L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés aux chutes et aux blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

5.1.48 L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité



- 5.1.48.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer les risques d'atteinte à l'intégrité de la peau d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de procéder à un repérage de l'intégrité de la peau de tous les usagers. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 5.1.48.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour 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.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, une évaluation complète est réalisée afin de déterminer les interventions requises.



L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée avec des outils d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes qui reflètent les soins et services prodigués, le milieu de soins, et les populations desservies.

Les outils d'évaluation sélectionnés peuvent inclure des méthodes permettant d'évaluer notamment :

- La couleur de la peau, son humidité, sa température, sa texture, son élasticité et la présence de lésions ou de déchirures;
- La perception sensorielle de l'utilisateur, son activité physique, sa mobilité et son exposition à la friction, au cisaillement, à l'humidité et aux facteurs de risques environnementaux;
- La capacité de l'utilisateur à gérer sa propre intégrité cutanée, y compris le maintien d'une bonne hygiène, d'une saine alimentation et d'un bon apport hydrique;
- Les risques associés aux comorbidités, comme le diabète, ou les risques associés aux interventions planifiées, comme la chirurgie ou les thérapies anticancéreuses.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 5.1.48.3 L'équipe met en oeuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :



- La mise en oeuvre de stratégies visant à optimiser l'intégrité de la peau, comme la mobilité, l'hydratation, la nutrition et l'utilisation de crèmes protectrices;
- La réalisation des réévaluations;
- La revue des médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité de la peau;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils comme des lève-personnes, des coussins ou matelas à réduction de pression.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 5.1.48.4 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.

Conseils

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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager.

Il est question d'atteinte nosocomiale à l'intégrité de la peau 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.

La procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incident et accident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de



l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les préjudices et optimiser 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance d'optimiser l'intégrité de la peau;
- L'identification des risques évitables et non évitables pour l'intégrité de la peau;
- L'importance d'évaluer les surfaces et les dispositifs qui sont en contact avec la peau;
- L'importance d'évaluer les dispositifs qui pénètrent la barrière cutanée, comme les perfusions intraveineuses;
- La déclaration des atteintes nosocomiales à l'intégrité de la peau à titre d'incident et accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.



L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 5.1.48.6 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement afin d'optimiser l'intégrité de la peau.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les blessures et à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à l'atteinte de l'intégrité de la peau dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière d'optimisation de l'intégrité de la peau.



Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

5.1.49 L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

5.1.49.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de thromboembolie veineuse d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme celui où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Les outils de repérage sélectionnés identifient les facteurs de risque de thromboembolie veineuse, tels que les antécédents de thromboembolie veineuse, la mobilité réduite, l'âge avancé, les problèmes de santé et toutes formes d'intervention y compris les procédures chirurgicales.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer le risque de thromboembolie veineuse chez tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.



Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 5.1.49.2 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.

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique fournissent à l'équipe, y compris l'utilisateur, des informations fondées sur des données probantes pour faciliter la prise de décision. Les outils d'aide à la décision clinique peuvent être intégrés au sein d'ordonnances préétablies.

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque de thromboembolie veineuse, des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés afin de déterminer les interventions requises. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

Les informations recueillies grâce aux outils d'aide à la décision clinique sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 5.1.49.3 L'équipe met en oeuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse s'appuient sur les outils d'aide à la décision clinique et sur les décisions de l'utilisateur



concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- Des stratégies quotidiennes comme l'hydratation, la mobilisation, le positionnement et le port de vêtements amples;
- Des stratégies à plus long terme comme le maintien d'un poids santé et l'évitement d'un mode de vie sédentaire;
- Une thromboprophylaxie pharmacologique;
- Une thromboprophylaxie mécanique, comme l'utilisation d'un dispositif pneumatique intermittent.

Le moment de l'initiation, la durée et les exigences de vigie des interventions thromboprophylactiques sont précisés et adaptés aux caractéristiques de l'usager. Les caractéristiques de l'usager peuvent comprendre le risque de saignement, le poids, les fonctions physiologiques et les facteurs de risque comme les chutes et l'intégrité de la peau.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé de l'usager et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

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

Conseils

Il est question de thromboembolie veineuse nosocomiale lorsqu'un caillot de sang dans une veine ou dans les poumons est causé par une intervention de soins.

La procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration 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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager. Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir la thromboembolie veineuse. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention de la thromboembolie veineuse;
- Les orientations actuelles sur l'identification du risque de thromboembolie veineuse chez les usagers et les stratégies préventives appropriées, y compris les interventions pharmacologiques et mécaniques;
- La déclaration des incidents thromboemboliques veineux nosocomiaux comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des



compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose d'un temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 5.1.49.6 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'analyse des causes profondes des incidents liés à la thromboembolie veineuse dans le cadre de prestation de soins et services de santé;



- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant la prévention de la thromboembolie veineuse;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention de la thromboembolie veineuse.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

5.1.50 L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication, comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins et services posthospitaliers, la relecture et la reformulation, favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente, les outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisation. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisation. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les utilisateurs et les personnes proches aidantes de répéter l'information. Les utilisateurs et les personnes proches aidantes ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.



Test(s) de conformité

- 5.1.50.1 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.
- 5.1.50.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.
- 5.1.50.3 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.
- 5.1.50.4 L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.
- 5.1.50.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
 - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.

- 5.1.51 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Test(s) de conformité

- 5.1.51.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.

Conseils

Le meilleur schéma thérapeutique possible est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. Les transitions de soins ont lieu lorsqu'un usager passe d'un milieu de soins à un autre.

La procédure organisationnelle définit la manière d'obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des transitions de soins, en incluant au moins les éléments suivants :

- Des entretiens virtuels ou en personne avec l'utilisateur, ou la personne responsable de la gestion des médicaments de cet usager. 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, les suppléments et tous les remèdes traditionnels ou complémentaires;
- La vérification de la liste des médicaments obtenue de l'utilisateur auprès d'au moins une autre source d'information fiable. Les sources d'information peuvent provenir du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire, du dossier santé de l'utilisateur, de la liste des médicaments au congé de l'hôpital ou de la feuille d'administration des médicaments.

La procédure organisationnelle est à jour et fondée sur des données probantes. La procédure identifie les transitions de soins au cours desquelles le meilleur schéma thérapeutique possible de l'utilisateur doit être réalisé. À titre d'exemples, il peut s'agir de la transition d'un usager vers ou depuis un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, un milieu de soins et services ambulatoires comme une clinique d'oncologie, ou un milieu de soins et services primaires où les médicaments sont gérés.

Le meilleur schéma thérapeutique possible est consigné dans le dossier santé de l'utilisateur. L'information est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.



5.1.51.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.

Conseils

Les divergences entre les médicaments non résolues, qu'elles soient intentionnelles ou non, peuvent entraîner des erreurs de médication et causer un préjudice à l'utilisateur, occasionner des rencontres cliniques non planifiées et des coûts connexes pour le système de santé. Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une prescription inappropriée et à la duplication des médicaments ayant une action thérapeutique.

Les divergences entre les médicaments sont identifiées et documentées par un membre au sein de l'équipe ayant les compétences pour le faire. Le meilleur schéma thérapeutique possible est comparé à ce qui a été récemment prescrit ou à ce qu'il est prévu de prescrire.

Les divergences identifiées sont documentées et communiquées au prescripteur de l'ordonnance. Les divergences sont résolues de manière opportune conformément à la procédure organisationnelle.

La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. Toutefois, le risque de divergences entre les médicaments est considérablement réduit lorsque le meilleur schéma thérapeutique possible est établi avant la rédaction d'une ordonnance. L'utilisation de technologies de l'information interopérables contribue à rendre le bilan comparatif des médicaments plus fiable et plus efficace.

Tous changements de médication sont discutés avec l'utilisateur afin de s'assurer qu'ils reflètent ses objectifs et ses préférences de traitement. Ces discussions permettent à l'utilisateur de comprendre quels médicaments doivent être arrêtés ou modifiés, quelles sont les interactions potentielles avec les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tout remède traditionnel ou complémentaire, et comment se départir des médicaments inutiles.

La liste précise des médicaments est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.



- 5.1.51.3 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.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents afin d'éviter les préjudices, réduire les erreurs et atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager.

Les incidents liés au maintien d'une liste précise de médicaments lors des transitions de soins comprennent les cas où le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué, est effectué de façon incorrecte ou n'est pas effectué en temps opportun et aurait pu causer un préjudice ou a causé un préjudice à un usager.

La procédure de déclaration des incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 5.1.51.4 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 transitions de soins.

Conseils



Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les résidents et les fellows participent aux activités d'apprentissage requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage liés aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- Les stratégies pour faire participer activement l'usager dans la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, y compris l'évaluation de la connaissance des médicaments de l'usager;
- La communication des changements de médication lors des transitions de soins;
- La formation sur les outils d'aide à la décision clinique du bilan comparatif des médicaments de l'établissement et sur la technologie interopérable;
- La déclaration des incidents liés au maintien d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées conformément à la procédure organisationnelle.



- 5.1.51.5 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 transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles concernant le bilan comparatif des médicaments, y compris l'évaluation de la fiabilité et de l'exactitude des meilleurs schémas thérapeutiques possibles et l'évaluation des taux de résolution des divergences entre les médicaments et de la rapidité d'exécution;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à la tenue à jour d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur sur l'applicabilité de la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement



sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

5.1.52 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes de soins et services en temps opportun.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La planification des rendez-vous, en fonction de la nature de la demande et des priorités établies, fait partie de cette procédure.

Les demandes de soins et services peuvent provenir de l'utilisateur, de sa ou ses personnes proches aidantes, d'autres équipes ou d'établissements.

L'équipe veille au respect des délais de réponse, à l'ajout de rendez-vous pour les cas urgents, et à la collecte de rétroaction de la part de l'utilisateur, de sa ou ses personnes proches aidantes, des organismes référents ainsi que de la part d'autres équipes. Le suivi de ces mesures permet de s'assurer que les soins et services sont offerts dans les meilleurs délais, en tenant compte des priorités identifiées.

5.1.53 L'équipe s'assure de coordonner l'organisation de multiples soins et services pour l'utilisateur lorsque les rendez-vous sont fixés.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Cette coordination se fait en collaboration avec les autres secteurs de soins et services de l'établissement et en partenariat avec l'utilisateur et sa ou ses personnes proches aidantes. Elle peut inclure des soins et services offerts à domicile, permettant ainsi de planifier efficacement les rendez-vous à l'établissement selon les besoins de l'utilisateur. Cette coordination permet de regrouper différents rendez-vous ou d'en ajuster le séquençage pour assurer la disponibilité des résultats diagnostiques requis.



Il est particulièrement important de veiller à cette organisation pour l'utilisateur qui vit loin de l'établissement et qui doit prendre des arrangements pour son transport afin de se rendre à chacun de ses rendez-vous. Une procédure est en place pour vérifier si une demande de soins et services a été effectuée auprès d'autres secteurs de soins et service de l'établissement, par exemple, en incluant une case à cocher sur le formulaire de requête.

5.1.54 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à gérer les refus, reports et absences à un rendez-vous.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une bonne gestion des rendez-vous favorise l'accès aux soins et services et la disponibilité des ressources. Il s'agit d'une responsabilité partagée entre l'utilisateur et l'équipe.

Le nombre d'utilisateurs qui ne se présentent pas aux rendez-vous prévus fait l'objet d'un suivi et des stratégies sont mises en place pour accroître les présences. Parmi ces stratégies, on compte celle de parler directement à l'utilisateur au moment de fixer le rendez-vous et celle de confirmer l'heure un ou deux jours avant le rendez-vous à l'aide d'un système de rappel.

La procédure est conforme aux lois et règlements en vigueur. Dans le contexte des soins et services à domicile, la procédure inclut des directives pour les cas où l'utilisateur est absent ou ne répond pas lors de la visite.

5.1.55 L'équipe veille au respect des rendez-vous attribués et à ce que les délais d'attente soient raisonnables.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le temps pendant lequel l'utilisateur doit attendre à partir du moment auquel le rendez-vous était prévu et le moment d'obtenir les soins et services fait l'objet d'un suivi. Des mesures sont prises pour réduire le plus possible ce temps d'attente. Parmi les stratégies utilisées, on compte celles qui consistent à échelonner les heures de rendez-vous ou à informer l'utilisateur lorsqu'il y a des délais importants.



- 5.1.56 L'équipe s'assure que chacun de ses membres porte une carte d'identité lors de la prestation de soins spécialisés à domicile.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La carte d'identité comporte une photographie du membre de l'équipe ainsi que son nom et celui de son établissement en gros caractères, de même que le numéro de téléphone de l'établissement, et la date d'émission et d'expiration de la carte. Les cartes sont laminées ou protégées contre les modifications et retournées à l'établissement dans l'éventualité où le membre de l'équipe n'occupe plus son emploi.

5.2 Pratiques transversales

- 5.2.1 Les équipes s'assurent que l'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les autres options aux soins et services de télésanté pourraient comprendre la visite en personne ou la consultation téléphonique avec un membre de la main-d'œuvre. Les usagers devraient s'attendre à recevoir la même qualité de soins et services, peu importe leur forme.

- 5.2.2 Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation. Les



gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents sont disponibles sur au point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées. La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :

- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;
- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle ou l'utilisation de marqueurs fluorescents ou d'adénosine triphosphate (ATP).

5.2.3 Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Par exemple, l'établissement peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.

- 5.2.4 Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle ainsi que sur l'importance et la pertinence de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoire. L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les publics cibles. Le style de présentation est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension.

Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres et les écrans dans les salles d'attente.

- 5.2.5 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique portent sur les moyens de détecter une éclosion, de déterminer sa cause (y compris si elle provient d'aliments contaminés), de recueillir des données ou des échantillons pour trouver d'autres cas, ainsi que de contenir une éclosion dès qu'elle est détectée.

- 5.2.6 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe responsables de recueillir et de mettre à jour l'information sur les allergies et les réactions indésirables aux médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur sont spécifiés. Les champs d'information relatifs aux allergies des usagers dans le profil et le type de réaction, la gravité et la date à laquelle l'allergie a été identifiée sont consignés.

- 5.2.7 Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il faut consulter le profil de l'utilisateur pour vérifier toutes les « bonnes » conditions de l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.

- 5.2.8 Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux ou à l'efficacité clinique. Les informations pertinentes sont consignées au dossier santé de l'utilisateur. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



Chapitre 6: Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)

Contexte

Ce chapitre porte sur l'évaluation des soins et services dédiés à la prestation d'interventions invasives effectuées sous sédation consciente, anesthésie régionale ou générale et nécessitant un temps de récupération post intervention. Ces soins et services sont offerts des populations de tous âges admises ou inscrites en milieu hospitalier. Les soins et services peuvent avoir lieu dans une salle d'opération traditionnelle, un laboratoire de cathétérisme cardiaque, une unité d'endoscopie, un service de radiologie ou d'autres secteurs où des interventions chirurgicales ou invasives sont effectuées. L'évaluation de ce chapitre s'appuie sur les orientations ministérielles et les meilleures pratiques en vigueur.

Remarque: Les critères 35 à 45 des chapitres 2 à 8 portent sur les soins palliatifs et de fin de vie. L'utilisation du terme « objectifs de soins » dans ces critères remplace celui de « niveaux de soins » utilisé précédemment. Par ailleurs, les chapitres 2 - Soins et services d'urgence (usagers inscrits), 4 - Soins et services d'hospitalisation (usagers admis), et 7 - Soins et services critiques (usagers admis) incluent trois critères relatifs au don d'organes et de tissus, répartis en fonction de la nature des soins et services offerts.

6.1 **Épisodes de soins et services - Soins et services péri-interventionnels (usagers inscrits et admis)**

6.1.1 L'équipe adopte une approche inclusive dans l'ensemble de sa prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une approche inclusive nécessite une ouverture réelle par l'équipe envers la diversité sous toutes ses formes. Cette approche tient compte des dimensions identitaires, des déficits intellectuels, physiques, et sensoriels ainsi que celles d'appartenance culturelle



ou religieuse, des croyances et des pratiques culturelles et spirituelles, de l'âge, des expériences de vie antérieures et des traumatismes potentiels, ainsi que du statut socioéconomique. Ces dimensions comprennent également la diversité sexuelle et la pluralité des genres.

L'équipe veille à utiliser un langage neutre, évitant toute présomption concernant l'identité, l'orientation sexuelle, les capacités physiques ou intellectuelles, ou la structure familiale d'un usager dans ses interactions avec celui-ci. Cette approche permet la reconnaissance de l'identité de l'usager dans le système de santé en entier, peu importe sa porte d'entrée et tout au long du continuum de soins et services.

En adoptant cette approche, l'équipe veille à ce que l'usager soit considéré avec respect et bienveillance, tout en prenant en compte de ses changements de prénom usuel ou de pronoms, même si ceux-ci diffèrent de ceux inscrits au dossier santé ou aux documents officiels. L'équipe encourage l'utilisation des bons prénoms usuels ou des pronoms choisis par l'usager et, dans la mesure du possible, indique ces derniers au dossier santé. L'inclusion de la famille choisie, c'est-à-dire de sa ou ses personnes proches aidantes ou de son ou de ses partenaires de vie qui ne font pas partie de la famille au sens légal ou biologique, est également favorisée afin de respecter l'hétérogénéité des structures familiales possibles. De plus, le respect de l'identité du genre est appliqué en tout temps, même lorsque l'usager n'est pas présent et ce respect s'applique également à sa ou ses personnes proches aidantes.

L'équipe respecte le rythme de dévoilement de l'usager et fait preuve d'humilité à cet égard, reconnaissant que l'expression de l'identité de l'usager ne lui appartient pas. Ainsi, il faut éviter de poser des questions de nature intrusive et laisser l'usager dévoiler les informations pertinentes à son identité au rythme qui lui convient. Si des questions de nature délicate doivent être posées, l'équipe en explique la raison.

6.1.2 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la confidentialité des renseignements personnels de l'usager.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La notion de confidentialité comprend la protection de la vie privée et des renseignements personnels. L'usager a le droit de savoir comment ses renseignements sont utilisés et comment accéder à son dossier santé ainsi qu'aux renseignements qui le concernent.



Si l'équipe doit partager des renseignements avec la ou les personnes proches aidantes de l'utilisateur, une tierce personne, ou une autre entité hors établissement, comme des organismes communautaires ou des cliniques privées, l'équipe s'assure d'obtenir le consentement de l'utilisateur durant la prestation des soins et services. Ce consentement peut être obtenu au moment de désigner sa ou ses personnes proches aidantes auxquelles l'utilisateur donne l'accès à ses renseignements.

6.1.3 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique afin de soutenir les usagers vivant en contexte de vulnérabilité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique, tels que des outils de dépistage et d'évaluation reconnus, des guides de pratique cliniques, des protocoles de soins, des outils d'intervention, des fiches techniques et des plans d'intervention. Ces outils permettent d'identifier les interventions appropriées, qu'elles soient cliniques, psychosociales ou autres, afin de répondre de manière globale et adaptée aux besoins de l'utilisateur. Ils contribuent également à réduire les variations inattendues dans les pratiques et à assurer une approche intégrée et standardisée.

6.1.4 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à traiter les plaintes en matière de violations des droits de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il est important que l'équipe soutienne l'utilisateur dans sa démarche pour formuler toute plainte de violation des droits de l'utilisateur. Cette démarche contribue à maintenir une relation positive et de confiance avec l'utilisateur. Elle permet également à l'utilisateur de continuer à recevoir des soins et services de qualité, sans crainte de représailles.

Selon la procédure en vigueur, les plaintes peuvent être présentées par l'utilisateur, le mandataire, la ou les personnes proches aidantes, ou toute personne ayant été témoin d'une situation de violations des droits de l'utilisateur. L'équipe favorise un environnement dans lequel chacun se sent en sécurité pour exprimer ses préoccupations et formuler ses plaintes.



Les plaintes peuvent porter sur des questions de sécurisation culturelle et de stigmatisation. Elles peuvent également être liées à des violations de la confidentialité des informations de santé. L'équipe informe l'utilisateur de la procédure organisationnelle pour déposer une plainte, signaler une violation de ses droits ou faire part de ses préoccupations. L'équipe fournit également à l'utilisateur des informations sur les partenaires au sein et à l'extérieur de l'établissement qui peuvent l'aider à exprimer ses préoccupations ou à déposer une plainte, comme les défenseurs des droits des usagers, les ordres professionnels ou les commissaires à la protection de la vie privée. Ces partenaires restent neutres et objectifs lorsqu'ils consultent ou conseillent l'utilisateur afin d'aider à résoudre les déséquilibres de pouvoir que l'utilisateur peut rencontrer lorsqu'il éprouve des insatisfactions avec les membres de l'équipe, les gestionnaires ou l'établissement dans son ensemble.

La procédure organisationnelle protège l'anonymat, la confidentialité et la sécurité des informations du rapport même et de la personne qui remplit ce rapport. Cette procédure rassure l'utilisateur dans l'éventualité où il dépose une plainte, signale une violation de ses droits ou fait part de ses préoccupations, ces actions ne limiteront pas ou n'affecteront pas négativement ses soins et services. La procédure comprend des moyens pour respecter la confidentialité des rapports, gérer les incidents et l'escalade, ainsi que pour définir les délais de réponse attendus.

6.1.5 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à évaluer l'aptitude de l'utilisateur à prendre des décisions éclairées sur ses soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'incapacité de l'utilisateur à prendre une décision éclairée sur ses soins et services a des répercussions importantes sur le maintien de ses droits à ces soins et services et sur la planification, la prestation et les résultats de ceux-ci. L'utilisateur est présumé apte, à moins qu'il y ait des preuves manifestes que l'utilisateur n'a pas la capacité de prendre une décision précise en matière d'un soin ou d'un service qui s'impose. L'utilisateur est informé, selon un langage qu'il peut comprendre, qu'il fait l'objet d'une évaluation de l'aptitude.

L'utilisateur est soutenu dans l'atteinte et la démonstration de ses capacités de diverses façons. Par exemple, l'utilisateur peut avoir le temps de réfléchir ou d'assimiler l'information, ou de recevoir le soutien d'un membre de l'équipe ou d'un défenseur. Si des conditions temporaires interfèrent avec la capacité de l'utilisateur à prendre des décisions, comme la sédation, l'intoxication, le délirium ou la douleur, il faut attendre que ces conditions se



soient estompées avant d'évaluer sa capacité. L'aptitude à consentir peut varier dans le temps et nécessiter une évaluation en continu. Si un usager n'est pas en mesure de donner son consentement, ses décisions en matière de soins et services peuvent être prises par l'entremise d'un mandataire, conformément aux lois applicables.

L'équipe, y compris l'usager et son mandataire, comprend les lois applicables liées à la prise de décisions par le mandataire. L'information sur ces sujets est communiquée en temps opportun et dans un format clair et approprié pour chaque public cible.

6.1.6 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à obtenir, de façon itérative et continue, le consentement éclairé, libre et volontaire de l'usager à recevoir des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le consentement est obtenu avant chaque intervention ou procédure, aux points de transition de soins et au moment du congé ou d'un transfert.

Le consentement éclairé et volontaire de l'usager fait partie intégrante du droit de l'usager de prendre des décisions concernant ses soins et services et de ce qui arrive à sa personne. Les renseignements sur les options de soins et services, leurs avantages, risques et solutions de rechange sont communiqués à l'usager de façon claire et en temps opportun. L'usager a le temps de passer en revue les renseignements, de les comprendre et d'obtenir des réponses à ses questions avant qu'on lui demande de donner son consentement.

Le consentement peut être implicite, généralement par le comportement ou les actions d'un usager, ou il peut être explicite, verbalement ou par écrit. Dans les cas où les pressions opérationnelles peuvent être perçues comme influant sur le consentement, le recours au consentement implicite est évité et des mesures sont prises pour confirmer que ce consentement est possible, éclairé et volontaire. Les normes de pratique pour les professionnels de la santé et les procédures organisationnelles définissent les activités de soins et services qui nécessitent un consentement explicite.

Tout problème qui peut interférer avec la capacité de l'usager à donner un consentement éclairé et volontaire est cerné et considéré de manière proactive, favorisant un environnement sécuritaire et non coercitif. Si un usager n'est pas en mesure de donner son consentement, ses décisions en matière de soins et services peuvent être prises par l'entremise d'un mandataire, conformément aux lois applicables.



L'utilisateur est toujours informé des prises de décisions concernant ses soins et services et y participe autant que possible. En cas d'urgence, l'obtention d'un consentement peut ne pas être possible. Si un souhait particulier est formulé par l'utilisateur concernant sa situation, ce souhait est respecté. Tous les renseignements requis, y compris les obstacles perçus à la réception d'un consentement éclairé et volontaire d'un usager, sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur par un membre autorisé de l'équipe.

6.1.7 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à respecter le rôle du mandataire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un mandataire est nécessaire lorsque l'utilisateur est incapable de prendre lui-même une décision en matière de soins et services ou celle se rapportant à d'autres soins personnels. Le mandataire agit au nom de l'utilisateur et est considéré comme un membre actif de l'équipe.

L'équipe travaille avec l'utilisateur pour l'aider à comprendre le rôle du mandataire et l'importance d'identifier une personne pour assumer cette fonction. Dans la mesure du possible, l'équipe doit faire participer l'utilisateur quant au choix du mandataire.

L'équipe recueille des informations sur le mandataire de l'utilisateur, notamment son nom, sa relation avec l'utilisateur et ses coordonnées. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur et son dossier santé.

L'équipe aide le mandataire à s'acquitter de ses responsabilités en matière de prise de décision. Le mandataire a l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de participer aux conversations sur les options en matière de soins et services.

6.1.8 L'équipe respecte la procédure organisationnelle afin d'accompagner l'utilisateur qui exprime la volonté de mettre fin aux soins et services, de les limiter, ou d'être transféré vers un autre prestataire de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'utilisateur peut, en tout temps et à tout moment, demander de poursuivre ses soins et services avec un autre prestataire ou une autre équipe. Un effort doit être fait pour comprendre le raisonnement derrière la demande, afin d'accommoder celle-ci de manière appropriée. Ainsi, dans les situations où la demande est motivée par des propos discriminatoires ou des préjugés, l'équipe doit accompagner l'utilisateur afin de discuter de ses motivations et d'engager une réflexion respectueuse.

Les risques, de même que la disponibilité potentielle liée au transfert, ainsi que les autres services communautaires accessibles après le transfert sont passés en revue avec l'utilisateur.

Un cadre d'éthique ou décisionnel fondé sur les valeurs est utilisé pour travailler avec l'utilisateur qui a choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans ces démarches afin de parvenir à un résultat juste et équitable pour tous.

6.1.9 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à permettre à l'utilisateur d'identifier sa ou ses personnes proches aidantes qui intégreront l'équipe.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le cadre de ses soins et services, l'utilisateur peut choisir de faire participer sa ou ses personnes proches aidantes. L'utilisateur définit la façon dont il souhaite que sa ou ses personnes proches aidantes participent à ses soins et services. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur. La ou les personnes proches aidantes peuvent jouer un rôle essentiel dans les soins et services de cet usager et font partie de l'équipe selon ses souhaits.

La procédure organisationnelle prévoit des entretiens avec l'utilisateur, et précise que l'équipe doit pleinement informer l'utilisateur en quoi consiste une personne proche aidante, des raisons pour lesquelles il peut vouloir se doter d'une telle personne et des étapes à suivre pour choisir une ou plusieurs personnes proches aidantes. Ces étapes sont mises en œuvre lorsque l'utilisateur n'est pas en situation de crise ou à haut risque pour lui-même ou pour autrui et qu'il est apte à donner son consentement. Le consentement de l'utilisateur est un processus itératif et continu qui peut changer à tout moment.

L'équipe discute avec l'utilisateur des personnes autorisées à participer à ses soins et services afin de lui permettre de révéler, en toute sécurité et confidentialité, si la présence ou la participation d'une personne n'est pas souhaitable.



6.1.10 L'équipe facilite l'accès à des soins et services pouvant répondre aux besoins des personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe reconnaît que la ou les personnes proches aidantes choisies par l'utilisateur peuvent avoir leurs propres besoins en matière de soins et services. Ces besoins peuvent viser à favoriser leur propre santé et leur bien-être ou à leur permettre de participer activement aux soins et services de l'utilisateur. La ou les personnes proches aidantes peuvent être affectées par la santé de l'utilisateur, n'avoir que peu ou pas de formation, d'expérience ou de soutien pour y faire face.

L'équipe fournit ou facilite l'accès aux soins et services pour la ou les personnes proches aidantes, que ce soit à l'intérieur de l'établissement ou au sein de ressources communautaires. Ces soins et services peuvent inclure des programmes d'autogestion pour renforcer les capacités de la personne à faire face à sa situation, des groupes de soutien et des organismes communautaires pour favoriser l'intégration sociale, ainsi que des services de répit pour soutenir son réseau familial.

6.1.11 L'équipe favorise la pleine participation de l'utilisateur tout au long du continuum de soins et services par le partage de renseignements complets.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur est informé de ses droits et responsabilités avant toute prestation de soins et services. Les responsabilités de l'utilisateur comprennent la considération des autres avec respect, la communication de renseignements exacts, le signalement des risques pour la sécurité et le respect de la réglementation.

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle pour un choix éclairé et pour la prise de décisions de l'utilisateur. L'utilisateur reçoit l'information dont il a besoin pour prendre des décisions sur ses soins et services. Les renseignements sont transmis en fonction des besoins et des préférences de l'utilisateur, ainsi que de sa ou ses personnes proches aidantes, si l'utilisateur le souhaite. Cela prend en compte son niveau



de compréhension, d'alphabétisation ainsi que de sa langue et de sa culture. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'utilisateur en temps opportun, de manière claire et adaptée.

Différents moyens de communication peuvent être utilisés selon le contexte et la nature de l'information à transmettre. Par exemple, des sujets plus sensibles ou complexes peuvent nécessiter une approche plus structurée que des échanges de nature plus routinière.

L'équipe s'assure que l'utilisateur est pleinement intégré dans le processus décisionnel à chaque étape. L'utilisateur est informé des risques et des bienfaits des soins et services, des interventions proposées, ainsi que des ressources disponibles, y compris des groupes de soutien, des soins et services en cas de situation urgente et la façon de joindre les membres de l'équipe.

L'équipe favorise également l'autogestion de l'utilisateur par l'éducation et l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, lui permettant ainsi de maintenir son autonomie et d'améliorer son état de santé et sa qualité de vie. L'équipe encourage les questions, les commentaires et veille à ce que les renseignements soient compris, afin que l'utilisateur puisse prendre des décisions en toute confiance et selon ses préférences.

6.1.12 L'équipe utilise une approche de prise de décision d'ordre éthique pour soutenir la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les questions d'ordre éthique comprennent des situations où des valeurs peuvent être conflictuelles, rendant la décision difficile à prendre. Ces questions peuvent être complexes et poser un risque à la vie de l'utilisateur. Elles peuvent aussi être liées aux activités quotidiennes. On compte notamment les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre avec des risques, ainsi que les demandes de retrait ou de cessation de certains soins ou services. L'équipe est incitée à se référer au cadre éthique organisationnel et aux principes directeurs identifiés dans le plan stratégique de l'établissement pour orienter ses décisions. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans les cas où des décisions complexes doivent être prises.

6.1.13 L'équipe communique à l'utilisateur les possibilités de participation aux projets de recherche en cours et aux projets d'amélioration de la qualité.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur a le droit d'être informé des possibilités de participer à des activités de recherche. Il peut contribuer à ces projets soit à titre de participant ou à titre d'expert en la matière agissant comme chercheur contributeur ou cochercheur. Les personnes souhaitant participer à des projets de recherche doivent être informées de ces activités ainsi que de la façon d'obtenir des informations supplémentaires sur les modalités de participation. Si la recherche fait partie du mandat de l'établissement, les équipes devraient être à l'affût des recherches en cours et offrir à l'utilisateur la possibilité d'y participer.

De la même manière, l'utilisateur peut également être invité à participer aux projets d'amélioration de la qualité, en cours dans l'établissement.

L'équipe suit une procédure d'examen éthique pour déterminer quand il convient de faire participer un utilisateur à une activité de recherche, conformément au cadre d'éthique de la recherche en vigueur dans l'établissement.

- 6.1.14 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à déclarer un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur survenu lors de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les incidents et accidents liés à la sécurité sont définis au sein de la procédure.

Un incident ou accident lié à la sécurité est un événement ou une situation qui aurait pu ou a causé un préjudice à un utilisateur. Les incidents ou accidents liés à la sécurité de l'utilisateur peuvent comprendre des erreurs de médication, d'intervention ou de test diagnostique, des blessures, des chutes ou des problèmes de matériel ou d'équipement, de communication, d'identification de l'utilisateur, de bris de confidentialité, de violence ou d'agression.

La procédure organisationnelle est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes. Elle indique quels types d'incidents ou d'accidents doivent être signalés, comment les signaler et à qui. La procédure est simple, claire, confidentielle et axée sur l'amélioration du système.



L'équipe consigne l'incident ou l'accident lié à la sécurité dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents ou accidents liés à la sécurité. L'information est partagée avec les membres de l'équipe appropriés.

- 6.1.15 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à divulguer un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur survenu lors de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les incidents et accidents liés à la sécurité sont définis au sein de la procédure.

La divulgation est un droit pour l'utilisateur et une obligation pour l'établissement, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Ce processus formel implique une discussion ouverte entre l'utilisateur ou, s'il est inapte, son mandataire, et la personne responsable du suivi au sujet d'un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur.

La divulgation soutient l'amélioration de la sécurité, favorise le rétablissement des personnes concernées, contribue au maintien de la confiance et constitue un moyen de communication tout au long du processus de gestion de l'accident ou l'incident. La divulgation est un processus dans lequel plusieurs conversations de divulgation ont lieu au fil du temps, en commençant par la divulgation initiale et en progressant vers la divulgation à la suite de l'analyse, une fois que les causes de l'événement sont connues.

La procédure organisationnelle décrit les événements liés à la sécurité qui doivent être divulgués, la personne qui dirige et soutient le processus de divulgation, ce qui doit être communiqué et à qui, quand et comment divulguer des informations sur l'incident ou l'accident et comment documenter la divulgation. La procédure décrit également les types de soutien qui peuvent être offerts à l'utilisateur et aux autres personnes impliquées dans l'incident ou l'accident découlant de la prestation de soins et services.

L'équipe consigne la divulgation dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents ou accidents liés à la sécurité. L'équipe collabore avec l'utilisateur afin de connaître son expérience concernant le processus de divulgation. Cette rétroaction est documentée par l'équipe et utilisée afin d'améliorer la procédure.

- 6.1.16 L'équipe se prépare aux situations d'urgences et aux sinistres en participant à des exercices de simulation.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ces simulations représentent des exercices concrets qui renforcent les compétences des membres de l'équipe en vue de se préparer aux situations d'urgences et aux sinistres. Compte tenu de l'évolution constante des populations et de la main-d'œuvre dans les établissements, ces simulations doivent être effectuées de façon périodique. En utilisant une approche fondée sur le travail d'équipe, les simulations sont effectuées aux intervalles attendus et de la manière décrite dans les procédures.

Chaque année, les équipes effectuent au moins une simulation physique, en personne, d'un type d'urgence ou d'un élément de la procédure d'évacuation. D'autres exercices de simulation peuvent être effectués virtuellement ou au moyen d'un exercice de simulation de table. Les exigences des autorités compétentes peuvent imposer des simulations plus fréquentes, comme les exercices d'évacuation en cas d'incendie.

Une fois la simulation terminée, les gestionnaires et les équipes effectuent un débriefage pour évaluer le déroulement, en faire un bilan, déterminer les suivis à effectuer, ou proposer d'éventuelles améliorations aux opérations futures. Les procédures sont mises à jour après les activités de simulation et à chaque fois qu'un changement dans l'environnement de l'établissement est susceptible de les affecter, comme la perte d'une salle commune ou d'un autre espace. Les équipes sont informées de toute modification des procédures et ont accès aux versions les plus à jour.

- 6.1.17 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la gestion des comportements perturbateurs et agressifs.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les comportements perturbateurs et agressifs se caractérisent par des actions, des mots ou des gestes néfastes exprimés par un usager, par sa ou ses personnes proches aidantes ou par un mandataire. Les expériences de traumatismes passés et les douleurs nouvelles ou aggravées peuvent contribuer à un comportement perturbateur et agressif.

En utilisant une approche basée sur le travail d'équipe, cette dernière suit la procédure organisationnelle pour prévenir, évaluer et gérer les comportements perturbateurs et agressifs. Cette procédure comprend des approches préventives telles que la reconnaissance des antécédents ayant causé un comportement perturbateur et agressif ou les préférences et les habitudes de l'usager.



L'équipe adopte une approche adaptée aux traumatismes, culturellement sécuritaire, pour soutenir l'utilisateur qui présente des comportements perturbateurs et agressifs. L'utilisation de mesure de contrôle se fait en dernier recours et en conformité avec la procédure organisationnelle. L'équipe travaille en collaboration afin d'identifier les causes potentielles des comportements perturbateurs et agressifs et les approches non pharmacologiques pour y remédier. Dans la mesure du possible, l'équipe calme et redirige l'utilisateur, et prend des mesures pour traiter la cause des comportements. L'adaptation de l'environnement afin de réduire ou d'augmenter les stimuli, proposer des activités ou du matériel calmant sont des stratégies d'intervention que l'équipe peut utiliser dans le but de prévenir et gérer les comportements perturbateurs agressifs.

L'équipe facilite l'accès aux professionnels appropriés pour une évaluation et un soutien lorsque les comportements perturbateurs et agressifs de l'utilisateur ne répondent pas aux stratégies mises en œuvre par l'équipe. L'équipe consigne les comportements perturbateurs et agressifs de l'utilisateur et les mesures prises pour y remédier dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé de ce dernier. L'information est partagée avec les membres de l'équipe appropriés.

L'équipe peut être sensibilisée aux comportements perturbateurs et agressifs et recevoir une formation sur la gestion de ces types de comportements, dont la formation OMEGA. Cette formation peut aider la main-d'œuvre à reconnaître, prévenir et gérer efficacement ces comportements tout en assurant la sécurité de tous. Les approches de gestion des comportements perturbateurs et agressifs peuvent également inclure les visiteurs et les personnes proches aidantes.

- 6.1.18 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'utilisation des mesures de contrôle les moins restrictives en tant que dernier recours lors de la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les mesures de contrôle physiques, chimiques ou environnementales, comme l'isolement, n'ont pas de valeur thérapeutique et ne doivent pas être utilisées dans les milieux de soins que ce soit à des fins thérapeutiques ou punitives. Le recours à des mesures de contrôle visant à limiter les mouvements de l'utilisateur ou son comportement peut avoir des effets indésirables significatifs sur son bien-être physique, mental et émotionnel.

Les mesures de contrôle sont connues pour augmenter le risque de traumatismes psychologiques et physiques, de complications respiratoires et cardiaques, d'état



confusionnel aigu, d'agitation, de chutes, de dégradation de la peau et de déconditionnement. Les mesures de contrôle ne sont utilisées qu'à court terme et en dernier recours lorsqu'il existe un risque imminent et significatif de préjudice grave à l'endroit de la vie ou de la santé de l'utilisateur ou d'autres personnes, et que toutes les autres stratégies et interventions de prévention ont échoué ou ont été jugées inappropriées en vue d'assurer la sécurité de ces personnes.

La procédure organisationnelle aborde les actions suivantes qui sont aussi comprises dans les activités de l'équipe :

- travailler avec l'utilisateur de façon proactive pour reconnaître ses déclencheurs et identifier des stratégies de désescalade en vue de prévenir le recours à des mesures de contrôle;
- demander le consentement de l'utilisateur, ou, s'il est inapte, celui de son mandataire, avant qu'une mesure de contrôle ne soit utilisée en tant que dernier recours ou lorsque la prolongation de la mesure de contrôle est jugée nécessaire;
- documenter le recours à la mesure de contrôle, y compris une justification à la lumière de solutions de rechange tentées ou envisagées, d'un consentement ou d'un refus de la part de l'utilisateur ou de son mandataire, de la nature et de la durée de la mesure de contrôle, et des activités de l'équipe visant à assurer la vigilance de l'impact de la mesure de contrôle et à explorer et à promouvoir des solutions de rechange pendant toute la durée du recours à la mesure de contrôle;
- réduire ou interrompre l'utilisation de la mesure de contrôle le plus tôt possible et avoir recours à d'autres actions visant à maintenir en sécurité l'utilisateur et les autres personnes;
- mener des réunions de bilan comprenant l'utilisateur à la suite de l'utilisation de mesures de contrôle et faciliter l'accès de l'utilisateur à du soutien psychologique culturellement sécuritaire ainsi qu'à d'autres soutiens;
- répondre à toute exigence en matière de rapports au-delà de ce qui précède;
- évaluer la conformité avec la procédure organisationnelle et les meilleures pratiques en vue d'éliminer ou de réduire l'utilisation des mesures de contrôle dans les milieux de soins grâce à des méthodologies éclairées par des données probantes.

L'équipe a accès à la formation et au perfectionnement sur le recours sécuritaire et approprié aux mesures de contrôle. Ces formations couvrent, notamment, l'orientation sur la philosophie de l'établissement visant la prestation des soins les moins restrictifs possibles, sur les politiques traitant de l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, sur les soins et services à dispenser à l'utilisateur pour qui des mesures de contrôle sont utilisées, sur la surveillance de l'utilisateur pendant le recours aux mesures de contention et sur la façon de consigner le recours à de telles mesures.



- 6.1.19 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique visant à évaluer l'état de santé de l'utilisateur de façon holistique tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de l'état de santé est effectuée le plus tôt possible au moment de la prise en charge et tout au long du continuum de soins et services. L'évaluation, éclairée par l'historique et la condition clinique actuelle de l'utilisateur ainsi que par les informations obtenues lors des transferts, tient compte des besoins biopsychosociaux de l'utilisateur, incluant les aspects physiques, mentaux, sociaux et spirituels. Il est également important de considérer les interactions entre les déterminants individuels de la santé, tels que le mode de vie, et les facteurs sociaux et environnementaux comme le revenu, l'éducation et le logement.

L'information est validée, revue et mise à jour régulièrement, particulièrement en cas de changement dans l'état de santé de l'utilisateur. Ces changements sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur.

- 6.1.20 L'équipe assure un accès en temps opportun aux services de consultation, aux services de diagnostic, aux analyses de laboratoire, ainsi qu'aux résultats.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'accès aux services de consultation, de diagnostic et aux analyses de laboratoire est organisé de manière à répondre aux besoins urgents de l'utilisateur, en tenant compte des ressources disponibles et des réalités organisationnelles telles que les heures d'ouverture et la dotation.

L'équipe suit les procédures en place permettant un accès rapide et en temps opportun à ces services, avec une priorité accordée aux situations critiques et urgentes. Lorsque ces services ne sont pas disponibles sur place, l'équipe a accès à des processus de partenariat ou des procédures permettant d'obtenir ces services de manière efficace. Les consultations peuvent être réalisées en personne, par télémédecine, ou via le personnel de garde. Des protocoles sont en place pour définir les priorités en fonction de la gravité des états cliniques et des tests requis.



L'équipe s'assure également que l'accès en temps opportun aux spécialistes ayant de l'expertise en santé pédiatrique est offert.

6.1.21 L'équipe respecte la procédure organisationnelle de hiérarchisation et d'accès aux soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il existe une procédure organisationnelle de hiérarchisation et d'accès aux soins et services qui tient compte des besoins de l'utilisateur identifiés lors d'évaluations tout au long du continuum de soins et services.

Les besoins font référence ici à ce qui est requis pour réaliser les objectifs et atteindre les résultats souhaités de soins et services pour l'utilisateur. L'information recueillie est utilisée pour déterminer si ces soins et services offerts par l'établissement répondent aux besoins et aux préférences de l'utilisateur, pour cerner les besoins immédiats et pour établir les priorités quant à la prestation de ces soins et services. L'évaluation des besoins peut être répétée de façon périodique tout au long du continuum des soins et services afin d'adapter ceux-ci et de déterminer si de nouveaux soins et services doivent être initiés. Les besoins sont identifiés et consignés dans le dossier santé.

6.1.22 L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé qui répond aux besoins de l'utilisateur et qui tient compte de ses préférences.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan de soins et services individualisé tient compte des besoins uniques de l'utilisateur et adopte une approche holistique des soins. Il repose sur les résultats d'évaluations, les objectifs, les préférences, les résultats attendus de ces soins et services et prend en compte l'état de santé et les ressources disponibles. Il définit les rôles et les responsabilités de l'équipe ainsi que ceux de l'utilisateur. Le plan comprend également :

- le lieu de la prestation des soins et services;
- la fréquence et l'échéancier prévu;
- les objectifs et les résultats attendus;
- la date prévue de fin des soins et services;



- les plans de transition ou de suivi à la fin des soins et services.

Il peut également comprendre des renseignements sur les antécédents, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments de l'utilisateur, y compris les problèmes ou les réactions indésirables aux médicaments.

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, ainsi que les options pour ceux-ci, font l'objet de discussions avec lui. L'équipe participe à une prise de décisions partagée qui tient compte des résultats attendus pour l'utilisateur et des risques et bienfaits liés à ces options.

- 6.1.23 L'équipe évalue l'évolution des objectifs, des préférences et résultats attendus de l'utilisateur tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de l'évolution des objectifs, des préférences et des résultats attendus permet d'ajuster le plan de soins et services individualisé en conséquence. La consignation des progrès de l'utilisateur est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle s'effectue avec la participation de l'utilisateur. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, la discussion avec l'utilisateur, les mesures des résultats déclarés par les patients et l'observation.

- 6.1.24 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour la gestion de la douleur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de la douleur est effectuée lors de l'évaluation initiale de l'utilisateur, et de façon régulière par la suite. L'évaluation de la douleur et de la souffrance tient compte des sphères physiques, psychologiques, sociales et spirituelles, de l'âge, du niveau de développement de l'utilisateur, du caractère unique de chaque épisode de soins et services, ainsi que de sa capacité à percevoir et à ressentir la douleur. Des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés pour établir l'intensité, les caractéristiques, l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que ses impacts sur les activités habituelles de l'utilisateur. L'impact des traumatismes sur l'expérience de la douleur et sur le bien-être psychologique est reconnu. La réponse aux



demandes de gestion de la douleur est rapide. Les stratégies de gestion de la douleur pour l'utilisateur peuvent comprendre des interventions physiques, comportementales et psychologiques, comme des mouvements, des massages, un positionnement du corps particulier et des soins individuels, l'emploi d'analgésiques, y compris des opioïdes ou le recours à des interventions anesthésiques.

L'équipe collabore avec l'utilisateur pour déterminer ses objectifs de soins et élaborer un plan pour gérer la douleur qui répond à ses besoins et préférences. L'équipe consigne toutes les interventions de gestion de la douleur dans le dossier santé de l'utilisateur et dans son plan de soins et services individualisé. L'information est partagée avec les membres d'équipe appropriés.

6.1.25 L'équipe intègre la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ces transitions de soins sont des exemples de moments clés qui nécessitent une planification dès le début de la trajectoire de soins et services:

- l'accueil;
- l'admission;
- les changements de quart de travail;
- la référence à un autre prestataire de soins et services de la communauté;
- les transferts vers un autre service ou à un autre établissement;
- la fin des soins et services;
- le congé.

L'équipe évalue le niveau de préparation de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, y compris sa capacité physique, cognitive et psychosociale à chacune des étapes de transition. Dès le début de l'épisode de soins et services, la planification et les discussions avec l'utilisateur au sujet de la transition l'aident à mieux comprendre le processus et lui donnent l'occasion de poser des questions. La planification des étapes de transitions vise à préparer l'utilisateur et à améliorer la continuité des soins et services. Les discussions permettent aussi de s'assurer que tous les renseignements sont précis et complets, et que les préférences de l'utilisateur sont respectées.

Dans le contexte où l'utilisateur doit être transféré, l'équipe discute avec celui-ci du plan de soins et services individualisé, y compris ses objectifs et ses préférences; des soins et



services offerts; des problèmes cliniques ou autres; de ce à quoi s'attendre durant la transition; des rendez-vous de suivi; des outils et des ressources informationnelles disponibles pour l'autogestion des soins, des coordonnées des membres de l'équipe et des détails quant aux situations exigeant un contact avec l'équipe.

- 6.1.26 L'équipe assure une communication claire et opportune entre ses membres, tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un langage clair et simple est utilisé pour toute communication, y compris celui utilisé lors d'une urgence ou d'une situation critique. La communication permet la continuité des soins et services en s'assurant que toutes les informations pertinentes sont transmises de manière précise et en temps opportun. Cela comprend les mises à jour régulières sur l'état de l'utilisateur, les plans de soins et services individualisés, et toute modification apportée aux soins ou services requis.

- 6.1.27 L'équipe s'assure que l'utilisateur sait qui est la personne responsable de la coordination de ses soins et services, ainsi que de la façon de la joindre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La nomination d'une personne responsable de faciliter la communication et la coordination des soins et services permet de définir les rôles et responsabilités avec clarté et de favoriser les soins centrés sur la personne. Le membre désigné peut être le membre de l'équipe qui est le plus régulièrement en contact avec l'utilisateur ou le principal prestataire des soins et services.

- 6.1.28 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour diriger les transferts vers des soins et services internes ou externes dans les cas où l'équipe est incapable de répondre aux besoins anticipés ou réels de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



La capacité de l'équipe ainsi que le niveau de soins et services offerts par l'établissement sont pris en compte de manière à préciser si les besoins de l'utilisateur peuvent être satisfaits. Les critères de hiérarchisation peuvent être définis par l'autorité administrative appropriée, telle que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Dans le cas où l'équipe ou l'établissement est incapable de répondre aux besoins de l'utilisateur, la raison en est expliquée. L'accès à d'autres soins et services, y compris le transfert, est favorisé.

De plus, en cas d'urgence, d'anormalité, de complication ou d'événement préjudiciable, des politiques ou des protocoles de recours à la hiérarchie des soins et services précisent avec quels membres de l'équipe il est possible de communiquer et dans quelles circonstances. L'équipe connaît les délais de réponse appropriés et avec quelle personne communiquer en l'absence de réponse.

L'établissement dispose d'une procédure organisationnelle ou d'un plan de transfert vers un centre spécialisé qui assure la continuité des soins et services. Les renseignements sont consignés en vue d'être utilisés lors du transfert et dans la planification des soins et services.

6.1.29 L'équipe assure un suivi approprié lors des transitions de soins.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La responsabilité entourant les soins et services se poursuit jusqu'à ce que ceux-ci aient pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, à un autre service, à un autre établissement ou à un autre organisme. Les soins et services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins et services à domicile et ceux offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extrahospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins et services continus. La collaboration pour établir un plan de transition adapté à l'utilisateur et la coordination optimale entre les différentes équipes, les différents établissements et organismes sont essentielles pour assurer une transition harmonieuse et continue des soins et services ainsi que le suivi systématique de l'utilisateur.

Cette coordination s'appuie sur les meilleures pratiques pour l'accès intégré et harmonisé, telles que la consolidation et la création de trajectoires de soins et services. Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué au moyen d'un outil d'aide à la décision clinique, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné. En s'appuyant sur le cadre



de référence sur l'accessibilité et la continuité de soins et services au Québec, les équipes peuvent assurer une prise en charge continue et intégrée de l'utilisateur.

L'équipe respecte les protocoles pour gérer efficacement le cheminement de l'utilisateur et utilise des outils de consignation et des stratégies de communication standardisés pour le transfert d'information.

6.1.30 L'équipe connaît les soins et services offerts dans les autres programmes-services et dans la communauté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une équipe ne peut à elle seule répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. Il est essentiel que les équipes soient informées des soins et services offerts tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement et hors de la sphère des programmes-services. Ainsi, l'équipe peut identifier des ressources ou des services complémentaires pour mieux répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. De plus, des transferts efficaces peuvent être coordonnés en temps opportun dans les cas où l'équipe ou l'établissement n'est pas en mesure d'offrir les soins ou services nécessaires à l'utilisateur, afin d'en assurer une offre ininterrompue.

Il peut s'agir de soins et services au sein du programme-services, par d'autres programmes-services de l'établissement ou au sein de la communauté, y compris les soins et services de télésanté. L'information peut viser la promotion des soins et services, la prévention, les ressources d'aide et de soutien, le traitement, la réadaptation, l'hébergement ou les soins et services de fin de vie. L'information peut être présentée sous forme d'index de ressources précisant entre autres la nature des soins et services et les modalités d'accès, ainsi que les clientèles ciblées.

6.1.31 L'équipe oriente l'utilisateur vers les ressources appropriées ou vers d'autres prestataires de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe collabore avec les différents programmes-services, afin d'orienter adéquatement l'utilisateur pour qu'il reçoive les soins et services les plus pertinents, dans le



contexte le plus approprié, tout en prévenant les transferts inutiles et les solutions temporaires. La continuité des soins et services doit être assurée.

L'équipe informe l'usager et facilite l'accès à des ressources ou des soins et services complémentaires pour mieux répondre à l'ensemble de ses besoins.

- 6.1.32 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues appropriées tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe possèdent les qualifications requises pour leur permettre d'exercer selon leurs champs de pratique lors de la prestation de soins et services. Les gestionnaires de l'établissement ont la responsabilité de revoir régulièrement quelles compétences et qualifications sont requises afin de s'assurer que l'équipe satisfait les besoins de la population desservie. L'équipe dispose d'un moyen pour signaler les besoins en matière de formations pertinentes. Les activités d'apprentissage sont offertes à la main-d'œuvre au moyen d'une approche structurée et de manière continue afin de maintenir les compétences acquises et de s'assurer que les qualifications des prestataires de soins et services demeurent à jour conformément aux politiques et procédures organisationnelles.

Les activités d'apprentissage doivent être culturellement adaptées et intégrer les principes d'équité, de diversité et d'inclusion adaptés à la population desservie, notamment la communauté 2SLGBTQ+, les communautés autochtones, les communautés ethniques et d'autres populations mal desservies et marginalisées notamment les réfugiés et les immigrants.

La formation est accessible et diffusée par différents moyens afin de répondre aux besoins de la main-d'œuvre, comme des sessions virtuelles ou préenregistrées, des modules d'apprentissage sur le web, des simulations et des sessions de formation en présentiel.

- 6.1.33 L'équipe veille à gérer les délais d'attente pour l'obtention des soins et services, depuis la demande initiale jusqu'à la prise en charge effective de l'usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Pour limiter les temps d'attente, l'équipe peut adopter des stratégies telles que la gestion proactive des rendez-vous ou des demandes, l'échelonnement des heures de rendez-vous ou la communication proactive avec l'utilisateur en cas de délais importants. L'équipe s'assure de bien accueillir l'utilisateur en tenant compte des temps d'attente et met en place des mesures pour optimiser le flux et améliorer l'expérience de l'utilisateur.

- 6.1.34 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à recueillir la rétroaction de l'utilisateur sur son expérience des soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La collecte d'informations confidentielles et anonymes auprès de l'utilisateur permet de partager sa voix et son expérience avec l'équipe et les gestionnaires du programme-services. Les informations relatives à l'expérience de l'utilisateur en matière de soins et services sont utilisées pour éclairer les décisions concernant le modèle de soins et ciblent les activités en matière d'amélioration de la qualité.

Les rétroactions des usagers sont recueillies et prises en compte de manière cohérente et opportune. Les rétroactions des usagers peuvent être recueillies par des moyens formels et informels comme le recours à des sondages, à des groupes de discussion, à des conversations avec l'utilisateur et à des registres de plaintes.

- 6.1.35 L'équipe respecte la politique organisationnelle en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès des membres de l'équipe. Elle doit également être diffusée auprès de l'utilisateur dont l'état pourrait requérir des soins palliatifs et de fin de vie et auprès de sa ou ses personnes proches aidantes.

La politique organisationnelle au sujet des soins palliatifs et de fin de vie vise à assurer :

- l'équité dans l'accès aux soins et services;
- la continuité des soins et services entre les différents lieux de prestation;



- la qualité des soins et services offerts par des équipes interdisciplinaires;
- la sensibilisation de l'équipe au caractère inéluctable de la mort.

6.1.36 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'accès à l'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie possède des connaissances et des compétences reconnues, spécifiques et adaptées aux besoins de la clientèle. Elle conseille, soutient et fournit des renseignements à l'équipe de soins et services quant aux compétences interprofessionnelles essentielles qui sont nécessaires lors de la prestation de soins palliatifs et de fin de vie.

Bien que l'équipe de soins et services ne puisse pas toujours avoir une maîtrise sur les délais d'accès à l'équipe dédiée en soins palliatifs et de fin de vie, elle doit tout mettre en œuvre pour assurer que l'utilisateur reçoit une réponse adaptée en temps opportun, selon l'urgence et la gravité de l'état clinique et des besoins de l'utilisateur.

L'équipe s'assure que les demandes d'accès à l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs et de fin de vie sont consignées avec précision. Cette documentation comprend :

- la raison de la demande d'intervention par l'équipe interdisciplinaire;
- la date de la demande initiale;
- le niveau d'urgence associé à la demande, y compris le délai de réponse cible;
- la date de l'évaluation effectuée par l'équipe interdisciplinaire.

La demande d'accès à l'équipe interdisciplinaire peut se faire en personne, par téléphone ou par courriel, selon le cas, pour répondre aux besoins de l'utilisateur.

Dans les situations où un accès direct à l'équipe interdisciplinaire n'est pas possible, notamment dans les régions rurales, l'équipe s'assure de coordonner l'accès à d'autres prestataires de soins et services, comme les infirmières praticiennes, les médecins de garde, les soins et services de télésanté, ainsi que les soins et services en situation urgente pour assurer une prise en charge continue et adaptée.

6.1.37 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour repérer de manière proactive l'utilisateur pour lequel les soins palliatifs et de fin de vie seraient appropriés.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique, tels que le guide Approche palliative intégrée : quand et comment, facilitent le repérage précoce de l'utilisateur susceptible de bénéficier d'une approche palliative intégrée, comme celui atteint d'une maladie à pronostic réservé, d'une maladie évolutive limitant l'espérance de vie, celui présentant une détérioration significative de son état de santé ou nécessitant une admission dans un établissement pour recevoir des soins de longue durée. L'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique permet également l'intégration des soins palliatifs et de fin de vie dès le début de la trajectoire de soins et service, afin d'améliorer la qualité de vie de l'utilisateur.

Dans un établissement qui n'offre pas de soins palliatifs ou de fin de vie, l'évaluation permet d'identifier le besoin d'orienter l'utilisateur vers des soins et services appropriés.

- 6.1.38 L'équipe fournit à l'utilisateur des renseignements pour l'aider à faire un choix éclairé sur l'endroit où il souhaite recevoir les soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur reçoit des renseignements et du soutien pour l'aider à recevoir des soins et services dans un milieu qui répond à ses besoins et préférences, soit à son domicile ou à un autre lieu de résidence. Au fur et à mesure que les besoins et les préférences de l'utilisateur changent, l'équipe aide l'utilisateur à adapter son environnement physique ou à choisir un autre milieu dans lequel les soins et services peuvent être offerts afin de s'assurer qu'il répond à ses besoins actuels en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Les membres de l'équipe fournissent, en toute transparence, des renseignements au sujet des choix et des soins et services offerts, ainsi que sur la façon dont les besoins de l'utilisateur peuvent être satisfaits dans les différents milieux possibles, tels que les lits réservés, les soins et services ambulatoires, ou les soins à domicile y compris les établissements de soins de longue durée.

- 6.1.39 L'équipe oriente la ou les personnes proches aidantes de l'utilisateur en soins palliatifs et de fin de vie vers des soins et services de répit.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le soutien accordé aux personnes proches aidantes, aussi bien sur le plan physique que sur le plan moral pendant l'évolution de l'état de santé, s'avère incontournable puisqu'il constitue un élément fondamental en soins palliatifs et de fin de vie.

L'évaluation de la nécessité de soins et services de répit est effectuée de manière proactive, en tenant compte de la situation et des besoins de la ou des personnes proches aidantes. L'équipe s'assure que la ou les personnes proches aidantes sont informées des options de répit disponibles et savent comment y accéder.

L'équipe collabore avec les différents soins et services afin de s'assurer que les besoins de répit sont pris en charge en temps opportun.

La ou les personnes proches aidantes devraient également être invitées à assurer eux-mêmes leurs soins pour réduire au minimum le stress et favoriser leur sécurité et leur bien-être.

- 6.1.40 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à discuter avec l'utilisateur de l'expression de ses volontés concernant ses objectifs de soins et de sa décision relative à la réanimation cardiorespiratoire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les souhaits de l'utilisateur en ce qui concerne le recours à la réanimation ou à un traitement de maintien en vie sont respectés. L'équipe a accès en tout temps aux membres de l'équipe ou à d'autres personnes qui connaissent la procédure organisationnelle de réanimation et qui sont formées pour prendre des décisions en matière de réanimation.

L'établissement assure la vigie du recours à la réanimation et aux traitements de prolongation de la vie, et dispose d'une procédure pour examiner les décisions de réanimation.

Dans l'éventualité où les objectifs de soins n'ont pas été respectés, les membres de l'équipe doivent fournir une raison qui est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et communiquée à sa ou ses personnes proches aidantes, ainsi qu'à l'équipe de soins et services.



La procédure organisationnelle tient compte des lignes directrices de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, notamment en lien avec la nomenclature à utiliser des trois catégories d'objectif :

- Objectif de prolongation (P) de la vie par tous les soins nécessaires;
- Objectif d'équilibre (E) des soins entre la prolongation de la vie et le confort;
- Objectif de confort (C) de la personne sans avoir pour but de prolonger la vie.

Indépendamment de l'objectif de soins formulé, l'équipe s'assure de maximiser le confort de l'utilisateur et sa qualité de vie tels qu'il les perçoit.

6.1.41 L'équipe discute des directives médicales anticipées avec l'utilisateur conformément à la législation pertinente.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La planification des directives médicales anticipées est une procédure qui permet à l'utilisateur d'exprimer à l'avance ses volontés concernant les soins et services qu'il souhaite recevoir en cas d'incapacité à consentir à ceux-ci. Selon les souhaits de l'utilisateur, les directives médicales anticipées sont partagées avec sa ou ses personnes proches aidantes.

L'utilisateur a la possibilité de discuter avec sa ou ses personnes proches aidantes, des prestataires de soins et services, des spécialistes juridiques et financiers, ainsi qu'avec son mandataire afin d'élaborer des directives médicales anticipées.

Les directives médicales anticipées sont réévaluées et les changements apportés sont consignés avec précision et en temps opportun dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur et sont communiquées à tous les membres de l'équipe qui sont autorisés à recevoir ces informations. Les membres de l'équipe effectuent des réévaluations à des points clés pendant les soins et services et en fonction des besoins de l'utilisateur, y compris pendant la transition et les changements relatifs à l'état de santé.

Si les directives médicales anticipées ne sont pas respectées, les membres de l'équipe doivent fournir une raison qui est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et communiquée à sa ou ses personnes proches aidantes, ainsi qu'à l'équipe de soins et services.



6.1.42 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'aide médicale à mourir fait référence à l'administration à l'utilisateur d'un médicament par un prestataire de soins et services qualifié à la suite de sa demande et une évaluation, selon les critères d'accessibilité définis, qui entraînera son décès dans le but de soulager sa souffrance.

La procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir est conforme aux cadres éthiques, juridiques et réglementaires applicables. Les membres de l'équipe savent comment répondre aux demandes d'aide médicale à mourir et suivent la procédure organisationnelle pour gérer ces demandes. Cela comprend une évaluation objective de la compréhension de l'utilisateur, quant aux différentes options pour soulager la souffrance.

6.1.43 L'équipe respecte les préférences de l'utilisateur au moment de son décès.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe s'informe des souhaits de l'utilisateur au sujet du lieu où il désire recevoir les soins et services et des personnes qu'il souhaite avoir à ses côtés lors de son décès. Si l'utilisateur ne peut pas être interrogé sur ses souhaits, l'équipe doit adresser la demande à sa ou ses personnes proches aidantes ou au mandataire. L'équipe discute avec sa ou ses personnes proches aidantes afin de déterminer la manière dont elles souhaitent qu'on leur annonce le décès si elles sont absentes. Les coordonnées de ces personnes sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe autorisés.

Si la ou les personnes proches aidantes ou le mandataire sont absents au moment du décès, ils doivent en être informés par un membre de l'équipe avec tact et humanité, et se voir offrir du soutien, y compris l'accès à un guide spirituel ou à une autre personne compétente. Les membres de l'équipe doivent s'assurer que le soutien nécessaire est accessible, comme des services d'interprétation, en cas de barrières de communication.

6.1.44 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour la gestion du décès d'un usager.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Lorsque l'utilisateur décède, l'équipe doit suivre la procédure qui comprend :

- la vérification et l'enregistrement du décès dans un bulletin de décès officiel;
- l'identification des membres de l'équipe qui sont responsables des soins et services avant, pendant et après le décès;
- la préparation de la ou des personnes proches aidantes en fournissant des renseignements sur la préparation du défunt et en précisant les attentes relatives au processus associé aux soins de l'utilisateur après son décès;
- la proposition à la ou les personnes proches aidantes de participer aux soins du corps, comme le laver et l'habiller;
- la possibilité pour la ou les personnes proches aidantes d'attendre dans une autre pièce ou une autre zone pendant que l'on prépare le défunt à quitter les lieux;
- l'offre à un soutien dans le deuil à la ou les personnes proches aidantes pendant et après le décès;
- le maintien de la dignité du défunt et la sensibilité aux effets que le processus peut avoir sur sa ou ses personnes proches aidantes;
- l'offre à un accès 24 heures sur 24 à l'équipe de soins et services, y compris un accès par téléphone ou par des soins et services de télésanté;
- le transport du défunt de manière digne;
- la gestion du dossier santé du défunt, conformément aux souhaits de la ou les personnes proches aidantes;
- le résumé des rôles et responsabilités des membres de l'équipe pendant le décès et le processus suivant le décès.

La procédure s'applique également aux décès qui surviennent à domicile.

6.1.45 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à offrir du soutien aux personnes proches aidantes, avant et après le décès d'un usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe dispose de ressources pertinentes, utiles et à jour au sujet des derniers moments de la vie tels que les signes et symptômes d'un décès imminent, les stratégies d'adaptation, la façon d'offrir du soutien et du réconfort pendant les derniers moments de la vie, ainsi que les services de soutien pour vivre le deuil. L'équipe partage les



ressources avec l'usager et sa ou ses personnes proches aidantes ou avec les autres membres de l'équipe selon les besoins.

Après le décès d'un usager, la ou les personnes proches aidantes sont invitées à recourir aux réseaux de soutien communautaire. L'accès à des intervenants en soins spirituels et à des travailleurs sociaux est fourni à l'endroit de la ou des personnes proches aidantes, selon le cas. Quand ceux-ci ne suffisent pas ou lorsqu'on entrevoit que la ou les personnes proches aidantes présentent un risque de réaction complexe face au processus de deuil, l'accès à des services complémentaires est facilité. Des services de soutien sont également disponibles pour la main-d'œuvre qui en manifesterait le besoin.

- 6.1.46 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 6.1.46.1 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, en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes.

Conseils

Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.

Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'usager. Voici des exemples d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'usager, l'adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'usager ou la personne proche aidante), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins et services continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'usager, la



reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'utilisateur et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'utilisateur ou la personne proche aidante.

L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec les utilisateurs et les personnes proches aidantes en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les utilisateurs et les personnes proches aidantes ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

6.1.47 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

6.1.47.1 L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Conseils

Un environnement physique intérieur et extérieur sécuritaire, libre d'obstacles, est essentiel afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. Les procédures organisationnelles sont à jour, fondées sur des données probantes et sont conformes aux exigences des autorités compétentes.

Les procédures identifient les actions qui doivent être effectuées afin d'offrir un environnement physique sécuritaire, notamment celles :

- De maintenir les planchers propres et secs et de nettoyer rapidement les liquides répandus;
- D'offrir des aides à la mobilité et des meubles adaptés selon la population desservie;



- De veiller à ce que les éléments structurels qui améliorent la sécurité et l'accessibilité soient en place et en bon état de fonctionnement, comme les rampes, les mains courantes, les barres d'appui, les revêtements de sol antidérapants et un éclairage adéquat;
- De réduire au minimum l'encombrement et le désordre;
- D'effectuer des vérifications de sécurité régulières des milieux de soins, et des espaces publics comme les aires de restauration, les entrées et les aires de stationnement.

En tant que membre de l'équipe, l'usager est encouragé à poser des questions, à faire part de ses préoccupations et à participer aux conversations sur la sécurité de l'environnement physique.

6.1.47.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de chutes et de blessures qui en découlent.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de chutes de l'usager et de prévenir les blessures qui en découlent. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer les risques de chutes et de blessures qui en découlent auprès de tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé de l'usager et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.



- 6.1.47.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour 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.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque de chutes ou de blessures qui en découlent, une évaluation complète est effectuée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée à l'aide d'outils d'aide à la décision. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. Les outils peuvent inclure des méthodes d'évaluation de la marche, de l'équilibre, de l'humeur, de la vision, de la cognition, de la prise des médicaments, de la comorbidité, des antécédents de chutes, de la gestion des activités de la vie quotidienne et de l'utilisation d'appareils suppléants et de technologie d'appui.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 6.1.47.4 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.

Conseils

Les interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :



- L'organisation de l'environnement physique de l'utilisateur afin de réduire au minimum l'encombrement et de placer les objets nécessaires à portée de main;
- L'enseignement de techniques d'autogestion de l'utilisateur pour se protéger contre les chutes, comme l'amélioration de sa force musculaire et de son équilibre et lui apprendre à bien tomber sans se faire mal;
- La revue de la pertinence des médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils suppléants pour améliorer la sécurité et la mobilité de l'utilisateur.

Les interventions sélectionnées respectent la procédure organisationnelle sur l'utilisation de mesures de contrôle.

L'information recueillie au cours de l'évaluation est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Elle est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 6.1.47.5 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.

Conseils

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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager. Les chutes et les blessures qui en découlent qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents.

La procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.



Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 6.1.47.6 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- Les stratégies préventives qui interpellent l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire, comme le partage de l'état de mobilité de l'utilisateur sur son tableau de communication;
- Les stratégies qui permettent aux membres de l'équipe de réduire les risques de chutes et de blessures lorsqu'ils offrent un soutien aux usagers;
- Ce qu'il faut faire lorsqu'une chute ou une blessure qui en découle se produit dans le milieu de soins, ou dans un espace public, y compris la déclaration d'un incident ou accident.



Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 6.1.47.7 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;



- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés aux chutes et aux blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

6.1.48 L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

6.1.48.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer les risques d'atteinte à l'intégrité de la peau d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de procéder à un repérage de l'intégrité de la peau de tous les usagers. Le repérage sélectif



des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 6.1.48.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'utilisateur dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, une évaluation complète est réalisée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée avec des outils d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes qui reflètent les soins et services prodigués, le milieu de soins, et les populations desservies.

Les outils d'évaluation sélectionnés peuvent inclure des méthodes permettant d'évaluer notamment :

- La couleur de la peau, son humidité, sa température, sa texture, son élasticité et la présence de lésions ou de déchirures;
- La perception sensorielle de l'utilisateur, son activité physique, sa mobilité et son exposition à la friction, au cisaillement, à l'humidité et aux facteurs de risques environnementaux;
- La capacité de l'utilisateur à gérer sa propre intégrité cutanée, y compris le maintien d'une bonne hygiène, d'une saine alimentation et d'un bon apport hydrique;



- Les risques associés aux comorbidités, comme le diabète, ou les risques associés aux interventions planifiées, comme la chirurgie ou les thérapies anticancéreuses.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

6.1.48.3 L'équipe met en oeuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.

Conseils

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. Les interventions peuvent inclure notamment :

- La mise en oeuvre de stratégies visant à optimiser l'intégrité de la peau, comme la mobilité, l'hydratation, la nutrition et l'utilisation de crèmes protectrices;
- La réalisation des réévaluations;
- La revue des médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité de la peau;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils comme des lève-personnes, des coussins ou matelas à réduction de pression.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

6.1.48.4 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.



Conseils

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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager.

Il est question d'atteinte nosocomiale à l'intégrité de la peau 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.

La procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incident et accident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les préjudices et optimiser 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités



d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance d'optimiser l'intégrité de la peau;
- L'identification des risques évitables et non évitables pour l'intégrité de la peau;
- L'importance d'évaluer les surfaces et les dispositifs qui sont en contact avec la peau;
- L'importance d'évaluer les dispositifs qui pénètrent la barrière cutanée, comme les perfusions intraveineuses;
- La déclaration des atteintes nosocomiales à l'intégrité de la peau à titre d'incident et accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 6.1.48.6 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives,



l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement afin d'optimiser l'intégrité de la peau.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les blessures et à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à l'atteinte de l'intégrité de la peau dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière d'optimisation de l'intégrité de la peau.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

6.1.49 L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

6.1.49.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.

Conseils

Le repérage est une pratique succincte, fondée sur des données probantes, qui permet d'identifier de manière proactive les besoins et les



risques de santé d'un usager susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie.

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de thromboembolie veineuse d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme celui où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Les outils de repérage sélectionnés identifient les facteurs de risque de thromboembolie veineuse, tels que les antécédents de thromboembolie veineuse, la mobilité réduite, l'âge avancé, les problèmes de santé et toutes formes d'intervention y compris les procédures chirurgicales.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer le risque de thromboembolie veineuse chez tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 6.1.49.2 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.

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique fournissent à l'équipe, y compris l'usager, des informations fondées sur des données probantes pour faciliter la prise de décision. Les outils d'aide à la décision clinique peuvent être intégrés au sein d'ordonnances préétablies.

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque de thromboembolie veineuse, des outils d'aide à la décision



clinique sont utilisés afin de déterminer les interventions requises. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

Les informations recueillies grâce aux outils d'aide à la décision clinique sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 6.1.49.3 L'équipe met en oeuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse s'appuient sur les outils d'aide à la décision clinique et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- Des stratégies quotidiennes comme l'hydratation, la mobilisation, le positionnement et le port de vêtements amples;
- Des stratégies à plus long terme comme le maintien d'un poids santé et l'évitement d'un mode de vie sédentaire;
- Une thromboprophylaxie pharmacologique;
- Une thromboprophylaxie mécanique, comme l'utilisation d'un dispositif pneumatique intermittent.

Le moment de l'initiation, la durée et les exigences de vigilance des interventions thromboprophylactiques sont précisés et adaptés aux caractéristiques de l'utilisateur. Les caractéristiques de l'utilisateur peuvent comprendre le risque de saignement, le poids, les fonctions physiologiques et les facteurs de risque comme les chutes et l'intégrité de la peau.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe



dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

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

Conseils

Il est question de thromboembolie veineuse nosocomiale lorsqu'un caillot de sang dans une veine ou dans les poumons est causé par une intervention de soins.

La procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration 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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager. Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir la thromboembolie



veineuse. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention de la thromboembolie veineuse;
- Les orientations actuelles sur l'identification du risque de thromboembolie veineuse chez les usagers et les stratégies préventives appropriées, y compris les interventions pharmacologiques et mécaniques;
- La déclaration des incidents thromboemboliques veineux nosocomiaux comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose d'un temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 6.1.49.6 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques



et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'analyse des causes profondes des incidents liés à la thromboembolie veineuse dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant la prévention de la thromboembolie veineuse;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention de la thromboembolie veineuse.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

6.1.50 L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.



L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication, comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins et services posthospitaliers, la relecture et la reformulation, favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente, les outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisation. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisation. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les personnes proches aidantes de répéter l'information. Les usagers et les personnes proches aidantes ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

Test(s) de conformité

- 6.1.50.1 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.
- 6.1.50.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.
- 6.1.50.3 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.
- 6.1.50.4 L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.



6.1.50.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :

- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
- demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
- évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.

6.1.51 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

6.1.51.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.

Conseils

Le meilleur schéma thérapeutique possible est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. Les transitions de soins ont lieu lorsqu'un usager passe d'un milieu de soins à un autre.

La procédure organisationnelle définit la manière d'obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des transitions de soins, en incluant au moins les éléments suivants :

- Des entretiens virtuels ou en personne avec l'utilisateur, ou la personne responsable de la gestion des médicaments de cet usager. 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, les suppléments et tous les remèdes traditionnels ou complémentaires;

- La vérification de la liste des médicaments obtenue de l'utilisateur auprès d'au moins une autre source d'information fiable. Les sources d'information peuvent provenir du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire, du dossier santé de l'utilisateur, de la liste des médicaments au congé de l'hôpital ou de la feuille d'administration des médicaments.

La procédure organisationnelle est à jour et fondée sur des données probantes. La procédure identifie les transitions de soins au cours desquelles le meilleur schéma thérapeutique possible de l'utilisateur doit être réalisé. À titre d'exemples, il peut s'agir de la transition d'un utilisateur vers ou depuis un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, un milieu de soins et services ambulatoires comme une clinique d'oncologie, ou un milieu de soins et services primaires où les médicaments sont gérés.

Le meilleur schéma thérapeutique possible est consigné dans le dossier santé de l'utilisateur. L'information est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 6.1.51.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.

Conseils

Les divergences entre les médicaments non résolues, qu'elles soient intentionnelles ou non, peuvent entraîner des erreurs de médication et causer un préjudice à l'utilisateur, occasionner des rencontres cliniques non planifiées et des coûts connexes pour le système de santé. Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une prescription inappropriée et à la duplication des médicaments ayant une action thérapeutique.

Les divergences entre les médicaments sont identifiées et documentées par un membre au sein de l'équipe ayant les compétences pour le faire. Le meilleur schéma thérapeutique possible est comparé à ce qui a été récemment prescrit ou à ce qu'il est prévu de prescrire.



Les divergences identifiées sont documentées et communiquées au prescripteur de l'ordonnance. Les divergences sont résolues de manière opportune conformément à la procédure organisationnelle.

La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. Toutefois, le risque de divergences entre les médicaments est considérablement réduit lorsque le meilleur schéma thérapeutique possible est établi avant la rédaction d'une ordonnance. L'utilisation de technologies de l'information interopérables contribue à rendre le bilan comparatif des médicaments plus fiable et plus efficace.

Tous changements de médication sont discutés avec l'utilisateur afin de s'assurer qu'ils reflètent ses objectifs et ses préférences de traitement. Ces discussions permettent à l'utilisateur de comprendre quels médicaments doivent être arrêtés ou modifiés, quelles sont les interactions potentielles avec les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tout remède traditionnel ou complémentaire, et comment se départir des médicaments inutiles.

La liste précise des médicaments est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 6.1.51.3 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.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents afin d'éviter les préjudices, réduire les erreurs et atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager.

Les incidents liés au maintien d'une liste précise de médicaments lors des transitions de soins comprennent les cas où le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué, est effectué de façon incorrecte ou n'est pas effectué en temps opportun et aurait pu causer un préjudice ou a causé un préjudice à un usager.



La procédure de déclaration des incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 6.1.51.4 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 transitions de soins.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les résidents et les fellows participent aux activités d'apprentissage requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage liés aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- Les stratégies pour faire participer activement l'utilisateur dans la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, y compris l'évaluation de la connaissance des médicaments de l'utilisateur;



- La communication des changements de médication lors des transitions de soins;
- La formation sur les outils d'aide à la décision clinique du bilan comparatif des médicaments de l'établissement et sur la technologie interopérable;
- La déclaration des incidents liés au maintien d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées conformément à la procédure organisationnelle.

- 6.1.51.5 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 transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.



Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles concernant le bilan comparatif des médicaments, y compris l'évaluation de la fiabilité et de l'exactitude des meilleurs schémas thérapeutiques possibles et l'évaluation des taux de résolution des divergences entre les médicaments et de la rapidité d'exécution;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à la tenue à jour d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur sur l'applicabilité de la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

6.1.52 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les interventions chirurgicales s'avèrent un des éléments de plus en plus complexes des soins et services de santé, et elles présentent un risque considérable de préjudices potentiellement évitables. Les listes de contrôle d'une chirurgie sécuritaire jouent un rôle important lorsqu'il s'agit d'améliorer la sécurité des interventions chirurgicales. Elles peuvent réduire les probabilités qu'il y ait des complications à la suite d'une chirurgie et peuvent souvent améliorer les résultats de celle-ci.



Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée pour entreprendre, orienter et formaliser les communications entre les membres de l'équipe qui procèdent à une intervention chirurgicale, ainsi que pour intégrer ces étapes au déroulement du travail en chirurgie.

Des listes de contrôle d'une chirurgie sécuritaire ont été élaborées et sont disponibles auprès de différentes sources. Chaque liste de contrôle comporte trois étapes :

- Réunion préparatoire - avant l'induction de l'anesthésie
- Temps d'arrêt préopératoire - avant l'incision
- Compte rendu postopératoire - avant que le patient quitte la salle d'opération

Test(s) de conformité

- 6.1.52.1 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.
- 6.1.52.2 La liste de contrôle est utilisée pour chaque intervention chirurgicale.
- 6.1.52.3 Un processus est en place pour vérifier le respect de la liste de contrôle.
- 6.1.52.4 L'utilisation de la liste de contrôle est évaluée et les résultats sont communiqués à l'équipe.
- 6.1.52.5 Les résultats de l'évaluation sont utilisés pour améliorer la mise en œuvre et élargir l'utilisation de la liste de contrôle.
- 6.1.53 L'équipe s'assure que l'aménagement physique de la salle d'opération ou d'intervention respecte les normes d'aménagement et les meilleures pratiques en vigueur selon le type d'intervention réalisé.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'aménagement tient compte notamment du type d'intervention effectuée, du nombre de membres de l'équipe présents lors de l'intervention, du déplacement et du positionnement de l'utilisateur, des allées et venues, du flux laminaire, de l'ergonomie et de la logistique qui accompagne la circulation de l'équipement. Il est essentiel d'évaluer régulièrement ces aspects pour assurer des conditions de travail efficaces et sécuritaires tant pour l'utilisateur que pour l'équipe.

6.1.54 L'équipe veille au respect des règles d'accès quant aux différentes zones où se déroulent des interventions chirurgicales ou invasives.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les différentes zones d'accès sont les suivantes :

- Accès non restreint;
- Accès semi-restreint;
- Accès restreint (salle d'opération et d'intervention).

Les trois zones sont distinctes et clairement identifiées.

Les zones d'accès non restreintes peuvent inclure les salles d'attente, le salon des employés, ou le bureau du gestionnaire. Le port de vêtements de ville est permis dans les zones d'accès non restreint.

Les zones d'accès semi-restreint comprennent les salles de fournitures propres et stériles, les salles d'entreposage, les secteurs où se trouvent les éviers de brossage et les corridors qui mènent aux zones d'accès restreint. Le port de vêtements de chirurgie, d'un bonnet et d'un couvre-barbe est exigé dans les zones d'accès semi-restreint.

Les zones d'accès restreint désignent toute zone où se trouvent de la main-d'œuvre en service interne ou des fournitures stériles ouvertes. Le port de vêtements et de masques chirurgicaux est exigé dans ces zones.

Les trois zones sont distinctes et bien identifiées. L'accès aux zones semi-restreintes et restreintes est contrôlé. Le port d'équipements de protection individuelle pour chacune de ces zones est indiqué et ces équipements sont disponibles avant d'accéder à la zone semi-restreinte.

6.1.55 L'équipe s'assure que la salle d'opération et d'intervention comprend une zone d'entreposage à accès limité pour le matériel stérile.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La zone d'entreposage à accès limité est conçue de façon à réduire au minimum les risques de contamination, à assurer l'accès rapide à du matériel stérile, et à assurer la conformité aux normes et lois en vigueur concernant la conservation des dispositifs médicaux et du matériel stérile.

- 6.1.56 L'équipe s'assure que l'équipement, les appareils, les dispositifs médicaux et les fournitures propres et stériles sont rangés séparément du matériel souillé et des déchets, conformément aux lois et aux règlements applicables.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La circulation des matières propres et souillées fait l'objet d'un processus clair et défini afin qu'elles n'entrent pas en contact. Ces articles peuvent être tenus séparés par le confinement, le maintien à distance, le recours à différentes règles de circulation unidirectionnelle et en les déplaçant indépendamment.

- 6.1.57 L'équipe s'assure que l'équipement d'urgence et les systèmes de maintien des fonctions vitales sont disponibles là où l'anesthésie est administrée.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipement d'urgence et les systèmes de maintien des fonctions vitales sont régulièrement inspectés et vérifiés, selon un calendrier préétabli, pour assurer leur bon fonctionnement. Ils sont localisés stratégiquement et dans un endroit facilement accessible pour répondre rapidement à toute urgence pendant l'anesthésie.

- 6.1.58 L'équipe s'assure que les salles d'opération et d'intervention sont dotées d'appareils d'aspiration et d'appareils d'aspiration d'appoint facilement accessibles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Il est important de vérifier régulièrement, selon un calendrier préétabli, le bon fonctionnement et l'accessibilité des appareils d'aspiration pour assurer une intervention rapide en cas de besoin. La formation de l'équipe sur l'emplacement et l'utilisation de ces appareils contribue également à assurer leur accessibilité et leur bonne utilisation.

6.1.59 L'équipe s'assure que l'utilisation de lasers se fait en toute sécurité et en conformité aux normes établies.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les dangers possibles associés à l'utilisation de lasers dans le milieu de soins comprennent entre autres :

- des risques de brûlures aux yeux et sur la peau;
- des substances dangereuses émises par le laser;
- des émanations émises des matériaux exposés aux faisceaux laser, y compris le panache de laser.

L'équipe s'assure de connaître les pratiques sécuritaires mises en place par l'établissement en lien avec l'utilisation des lasers.

6.1.60 L'équipe prend les précautions nécessaires pour réduire les risques d'incendie associés à l'utilisation d'équipement chirurgical, d'appareils et d'instruments médicaux spécialisés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un incendie peut survenir lorsque des sources d'inflammation, telles que l'équipement chirurgical spécialisé, y compris les appareils d'électrochirurgie, les dispositifs d'électrochirurgie assistée à l'argon, les appareils d'échographie et les lasers médicaux, entrent en contact avec des sources combustibles. Ces sources incluent les draps, les solutions aseptiques, les blouses ou les gazes, ainsi que des oxydants tels que l'oxygène ou l'oxyde nitreux.

La protection englobe l'utilisation de gels et de produits antiseptiques ininflammables, de champs stériles humides ou ignifuges, d'eau stérile ou d'un soluté isotonique de chlorure



de sodium à proximité du champ opératoire, de fournitures ignifuges et de protection contre les rayons laser comme les tubulures. Il est également important d'utiliser des instruments chirurgicaux enduits d'un apprêt approprié.

L'équipe s'assure également d'avoir des extincteurs dans les secteurs péri-interventionnel et où des interventions pouvant potentiellement engendrer des incendies sont réalisées.

- 6.1.61 L'équipe utilise un système d'évacuation de la fumée lorsque des appareils d'électrochirurgie ou d'autres sources d'énergie produisent un panache de fumée.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La fumée chirurgicale, générée par des instruments tels que les lasers et les appareils d'électrochirurgie, peut contenir des gaz, des vapeurs toxiques et des agents pathogènes. L'équipe utilise un système d'évacuation de la fumée pour assurer la sécurité de l'équipe et de l'utilisateur en réduisant au minimum l'exposition à ces substances potentiellement dangereuses.

- 6.1.62 L'équipe s'assure que la circulation et la qualité de l'air dans la salle d'opération ou d'interventions invasives sont conformes aux lois en vigueur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe veille à ce que la circulation et la qualité de l'air respectent les exigences spécifiques au type d'interventions effectuées dans le secteur.

- 6.1.63 L'équipe s'assure que le chauffage, la ventilation et la climatisation dans la salle d'opération ou d'interventions invasives sont conformes aux lois en vigueur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les éléments à considérer incluent entre autres la gestion des systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation qui servent à contrôler la température, l'humidité, les odeurs, l'apport en air frais, ainsi que la prévention de l'exposition à la fumée de chirurgie.



- 6.1.64 L'équipe s'assure que les systèmes de canalisations de gaz médicaux sont conformes aux lois en vigueur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les systèmes de canalisations de gaz médicaux incluent les ensembles de raccordement de basse pression, les régulateurs de pression, les unités terminales ainsi que le système d'évacuation des gaz anesthésiants. Ces éléments sont vérifiés, entretenus et certifiés selon les lois en vigueur.

- 6.1.65 L'équipe s'assure qu'un horaire de nettoyage complet et régulier de la salle d'opération ou d'intervention et des secteurs connexes est affiché et accessible.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'horaire de nettoyage comprend les étapes et moments essentiels, incluant le nettoyage en début de programme opératoire ou de journée, le nettoyage après chaque intervention, et le nettoyage final en fin de journée. Un nettoyage hebdomadaire et mensuel est également planifié pour maintenir un environnement aseptisé. De plus, les équipements non mobiles sont nettoyés entre les interventions, ainsi que selon l'horaire établie conformément aux exigences.

- 6.1.66 L'équipe s'assure que les équipements médicaux, les fournitures et dispositifs médicaux nécessaires pour l'intervention sont disponibles et fonctionnels avant l'entrée de l'usager en salle d'opération ou d'intervention.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La vérification de l'équipement comprend une confirmation du branchement approprié de toutes les composantes, une inspection de l'emballage et des composantes afin de déceler la présence de résidus ou de matières organiques, tout particulièrement dans les appareils endoscopiques, et une inspection pour s'assurer que toutes les pièces sont présentes et fonctionnelles. Le moment pour effectuer la vérification de l'équipement devra être déterminé en fonction du type d'équipement.



Si l'équipement ou les fournitures nécessaires ne sont pas dans la salle d'opération ou d'intervention, des mesures sont prises pour les obtenir avant que l'utilisateur entre dans la salle.

6.1.67 L'équipe vérifie l'intégrité de l'emballage de toutes les fournitures stériles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La vérification de l'emballage stérile comprend l'inspection visuelle pour détecter toute altération de l'intégrité telle que des signes de dommage, de déchirure. Une attention particulière doit être portée à l'étiquetage et à la date d'expiration pour s'assurer que seules des fournitures stériles et sécuritaires sont utilisées pendant les interventions.

6.1.68 L'équipe vérifie tous les indicateurs chimiques à l'extérieur ou à l'intérieur des emballages stériles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La vérification des indicateurs chimiques est effectuée systématiquement pour confirmer que les conditions de stérilisation ont été atteintes. Les indicateurs sont clairement lisibles et ils doivent signaler l'achèvement du cycle de stérilisation, assurant ainsi la sécurité des fournitures stériles utilisées lors des interventions.

6.1.69 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant la stérilisation rapide.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La stérilisation rapide peut être utilisée dans des situations urgentes, par exemple lorsqu'un dispositif médical est échappé durant l'intervention, et qu'aucun autre dispositif de rechange identique prêt à l'emploi n'est disponible. Le dispositif médical doit donc être retiré et stérilisé rapidement avant de pouvoir être réutilisé. Toutefois, la stérilisation rapide demeure une mesure exceptionnelle et n'est jamais employée pour des ensembles complets d'instruments ou des appareils implantables. Toutes les mesures doivent être prises par l'équipe, afin de s'assurer que le recours au procédé de



stérilisation rapide n'est utilisé qu'en cas de nécessité absolue. Chaque utilisation de la stérilisation rapide est consignée dans un rapport d'incidents ainsi que dans le dossier santé de l'utilisateur pour assurer le suivi et la traçabilité.

- 6.1.70 L'équipe assure l'entretien régulier des équipements et des dispositifs médicaux conformément au programme d'entretien préventif.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'entretien, tel que le calibrage régulier des équipements et des dispositifs médicaux, est essentiel pour assurer la précision et la fiabilité lors des interventions. L'équipe s'assure que le maintien de l'équipement est effectué par les services de génie biomédical ou par un fournisseur externe qualifié selon les protocoles établis.

- 6.1.71 L'équipe respecte le processus de gestion des alertes et des rappels concernant les équipements et les dispositifs médicaux.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le processus comprend les activités suivantes:

- cerner les alertes et les rappels;
- communiquer les alertes et les rappels de façon appropriée à toute l'équipe;
- prendre les mesures qui s'imposent par rapport aux alertes et aux rappels, par exemple retirer l'équipement affecté pour qu'il ne puisse être utilisé;
- consigner les alertes, les rappels et les mesures prises pour y remédier.

Des membres identifiés au sein de l'équipe ont la responsabilité de vérifier les avis de rappel et de distribuer les avis dans l'ensemble de l'établissement.

- 6.1.72 L'équipe s'assure que l'équipement médical et les dispositifs médicaux retournés portent un avis clair sur la réparation ou le remplacement effectué.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'avis inclut la date de retour ainsi qu'une description de la réparation ou de l'achat pour assurer un suivi adéquat et assurer la transparence sur l'état de l'équipement. Lorsqu'un appareil ou un dispositif médical n'est pas disponible, l'équipe utilisatrice est avisée.

- 6.1.73 L'équipe s'assure que l'évaluation pré-intervention comprend une discussion avec l'utilisateur concernant les choix qui s'offriront à lui ainsi que ses préférences en matière de gestion de la douleur après l'intervention.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Pour soulager la douleur, on peut notamment avoir recours à des analgésiques, y compris à des opioïdes, pouvant être combinés à des traitements adjuvants, du counseling comportemental et des consultations psychologiques ou physiques. Il est possible de recourir à des experts, de même qu'à des recherches et à des données probantes afin de connaître et maintenir à jour les meilleures méthodes de soulagement de la douleur qui seront offertes à l'utilisateur. Ces options sont présentées à l'utilisateur afin qu'il puisse choisir celle qu'il préfère pour gérer sa douleur. L'utilisateur reçoit de l'information sur la façon dont il pourra gérer sa douleur une fois de retour à son domicile.

- 6.1.74 L'équipe s'assure que l'évaluation pré-intervention inclut des processus pour évaluer les risques de nausées et vomissements post-intervention.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les facteurs de risque pouvant entraîner des nausées ou des vomissements post-intervention chez l'utilisateur sont évalués et réduits dans la mesure du possible. Des médicaments prophylactiques devraient être administrés, s'il y a lieu. Le choix des médicaments prophylactiques dépend des facteurs de risques présents chez l'utilisateur ainsi que de l'efficacité et des effets secondaires pouvant être associés aux médicaments. Des experts sont consultés, et des résultats de recherches et des données probantes sont pris en compte pour déterminer et maintenir à jour les meilleures méthodes de prévention et de soulagement des nausées et des vomissements post-intervention.



6.1.75 L'équipe évalue les risques de sécurité et de santé liés à l'intervention chirurgicale ou invasive en partenariat avec l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les problèmes de sécurité ou de santé liés à l'intervention chirurgicale ou invasive peuvent inclure, l'hypothermie péri-interventionnelle, les infections, une blessure causée par le laser ou par une radiation, une brûlure, une blessure liée au positionnement, une blessure d'origine électrique ou celle attribuable à un instrument ou à un objet qui a été oublié dans le corps de l'utilisateur.

6.1.76 L'équipe assigne un niveau de classification de l'état physique à chaque usager selon les normes de l'American Society of Anesthesiologists.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le niveau de classification de l'état physique peut être attribué par l'anesthésiologiste, le chirurgien, ou un autre membre qualifié de l'équipe, conformément aux procédures de l'établissement. Cette évaluation permet d'identifier les risques associés à l'anesthésie en fonction de l'état de santé global de l'utilisateur et de mieux préparer la gestion de l'intervention.

6.1.77 L'équipe s'assure que l'intégralité des renseignements figurant dans le dossier de l'utilisateur est validée en partenariat avec l'utilisateur avant l'intervention.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'information à confirmer avant l'intervention comprend :

- l'évaluation pré-intervention;
- les résultats d'imagerie diagnostique pertinents;
- l'anamnèse et l'examen physique;
- les rapports diagnostiques;
- les signes vitaux avant l'intervention;
- les allergies;



- la vérification que l'utilisateur n'a rien ingéré par voie orale;
- le retrait des lunettes, des dentiers, des prothèses auditives et autres;
- les médicaments, y compris les produits naturels;
- la présence de directives médicales anticipées préalables, au besoin.

6.1.78 L'équipe réalise un dépistage auprès de l'utilisateur pour déterminer la nécessité de prendre des précautions additionnelles selon le risque d'infection.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'établissement. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections, et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de soins et services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.

6.1.79 L'équipe suit les lignes directrices et les plans standards d'intervention pour guider l'utilisateur dans la préparation en vue de l'intervention et pendant la phase de récupération.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les plans standards d'intervention sont constamment mis à jour pour refléter les nouvelles meilleures pratiques en vigueur pour la prestation de soins et services péri-interventionnelle. Par exemple, afin de réduire les risques que survienne une infection du site opératoire, les plans standards peuvent inclure des éléments tels que l'administration d'antibiotiques prophylactiques avant l'opération ou l'intervention, ou le contrôle post-intervention de la glycémie selon la nature de l'intervention et l'état de l'utilisateur.



- 6.1.80 L'équipe respecte la procédure organisationnelle concernant le retrait des objets personnels.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il est important d'assurer le retrait des objets personnels avant l'intervention afin de prévenir les infections et les complications. Les objets personnels peuvent comprendre les bijoux, les piercings, les verres de contacts, les prothèses, les dentiers et les lunettes.

Le retrait des bijoux et des piercings, entre autres, avant l'intervention peut prévenir les infections et les complications durant l'intervention.

- 6.1.81 L'équipe suit un processus standardisé pour confirmer qu'il s'agit du bon site opératoire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Pour éviter les erreurs liées au site opératoire, il est recommandé de marquer le site et d'adopter des pratiques uniformes à cet égard. L'identification et la vérification du site opératoire relèvent de la responsabilité de l'ensemble de l'équipe. Les risques d'une intervention au mauvais endroit sont accrus, notamment en l'absence de processus de vérification standardisé, lorsque la participation de l'utilisateur au processus n'est pas encouragée ou lorsque l'information est inexacte ou incomplète.

Le processus d'admission devrait inclure des directives permettant aux membres de l'équipe de savoir comment préciser le site opératoire, y compris dans les cas où l'utilisateur refuse de marquer sa peau ou lorsque le site opératoire ne se prête pas à un marquage, comme sur les muqueuses. Il est conseillé que le chirurgien marque le site opératoire avec la participation de l'utilisateur lorsque celui-ci est conscient.

- 6.1.82 L'équipe administre des antibiotiques en prophylaxie dans le délai approprié.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'administration des antibiotiques prophylactiques avant l'intervention est essentielle, notamment dans le cadre de la prévention des infections post-interventions. Il est important de consigner tous les cas où ces antibiotiques ne sont pas administrés pour assurer un suivi adéquat ainsi que la sécurité de l'utilisateur.

- 6.1.83 L'équipe suit un processus pour préparer la peau de façon appropriée avant l'intervention.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La préparation de la peau devrait être effectuée avant le drapage.

La préparation de la peau comprend le nettoyage du site opératoire et des régions avoisinantes, le rasage des poils lorsque cela est nécessaire pour éviter d'affecter le site opératoire, et l'application d'agents antiseptiques.

La préparation de la peau est consignée dans le dossier de l'utilisateur.

- 6.1.84 L'équipe installe l'utilisateur de manière appropriée selon les limites physiques et les exigences péri-interventionnelles.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les facteurs propres à l'utilisateur qui exercent une influence sur le positionnement comprennent son âge, sa taille et son poids, la condition de sa peau, son état nutritionnel, les troubles préexistants et les limites aux plans physiques ou de la mobilité.

Les facteurs péri-interventionnels qui exercent une influence sur le positionnement comprennent le type d'anesthésie utilisé, la durée de l'intervention et la position appropriée en fonction de l'accès au site opératoire.

La position de l'utilisateur devrait correspondre à l'alignement anatomique et au fonctionnement physiologique adéquat afin d'assurer sa sécurité et son confort.

Des dispositifs de soutien, des coussinets, des dispositifs de retenue comme des ceintures et des courroies, ainsi que des tables conçus spécifiquement pour les



interventions peuvent être utilisés pour assurer le positionnement adéquat et sécuritaire de l'utilisateur.

L'information sur le positionnement de l'utilisateur, y compris l'évaluation pré-intervention, le type de position et tout changement de position, de même que l'information sur les membres de l'équipe qui participent au positionnement de l'utilisateur sont consignées dans le registre ou le dossier approprié et signé par les responsables du positionnement.

6.1.85 L'équipe suit les procédures établies pour le drapage.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Lors de l'installation des draps chirurgicaux, les points suivants sont pris en compte:

- la taille du champ stérile;
- l'emplacement et la taille de l'incision;
- le nombre de membres de l'équipe présents;
- l'équipement et les dispositifs médicaux requis dans le champ opératoire.

6.1.86 L'équipe respecte la procédure organisationnelle concernant les médicaments au champ opératoire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Avant l'introduction des médicaments au champ opératoire, la totalité de ceux-ci sont validés verbalement et visuellement par deux membres de l'équipe. Cette vérification inclut la confirmation avec le médecin prescripteur des médicaments figurant sur la liste en lien avec l'intervention. Chaque médicament et solution sont clairement étiquetés avant leur introduction. L'introduction des médicaments dans le champ opératoire est effectuée en respectant des techniques d'asepsie appropriées pour prévenir toute contamination.

6.1.87 L'équipe applique les mesures de sécurité des médicaments et solutions dans la zone stérile de manière péri-interventionnelle.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Lors des pauses ou des changements de quart de travail, l'information sur les médicaments et solutions dans le champ opératoire est transmise aux membres pertinents de l'équipe pour assurer la continuité des soins et services. Les contenants des médicaments doivent être conservés jusqu'à la fin de l'intervention afin de permettre la traçabilité et la vérification des substances utilisées.

- 6.1.88 L'équipe respecte le code vestimentaire établi pour les secteurs où des interventions chirurgicales ou invasives ont lieu.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le code vestimentaire inclut notamment des vêtements chirurgicaux, veillant à recouvrir le corps, la tête et la pilosité faciale, ainsi que des masques, des couvre-chaussures et des gants.

- 6.1.89 L'équipe respecte la procédure organisationnelle relative au brossage chirurgical des mains.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le brossage des mains est une étape essentielle avant toute intervention. Il est effectué minutieusement, en respectant les durées et techniques prescrites, avant d'enfiler la blouse stérile et les gants, afin de réduire les risques d'infection.

- 6.1.90 L'équipe utilise les techniques d'asepsie en tout temps durant l'intervention.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les techniques d'asepsie servent à établir et à maintenir un champ opératoire stérile, à assurer l'utilisation de fournitures stériles, et à disposer d'une zone stérile pour le rangement du matériel.

- 6.1.91 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant le décompte chirurgical.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Une approche interdisciplinaire cohérente est privilégiée afin de prévenir les erreurs de comptage au cours de l'intervention.

Les éponges, aiguilles, bobines de fil de suture et lames doivent être comptées pour toutes les interventions et le décompte doit être fait :

- avant le début de l'intervention;
- à la première couche de suture;
- à la fermeture de la peau;
- avant de fermer une cavité qui se trouve à l'intérieur d'une autre cavité;
- s'il est probable qu'un instrument soit resté dans le site opératoire;
- pendant un changement de quart de travail;
- lorsque des fournitures sont ajoutées;
- à des intervalles réguliers et préétablis lors de longues interventions.

En cas de divergence dans les résultats, une procédure est suivie, comprenant le recomptage, la recherche de la pièce manquante, l'utilisation des technologies d'imagerie médicale, et la consignation des résultats divergents. Le résultat inexact doit être inscrit sur la feuille de décompte, et un rapport d'incident doit être achevé. Toutes les mesures prises sont consignées dans le dossier de l'utilisateur.

Le décompte doit être effectué, consigné et signé par au moins deux membres désignés de l'équipe, avec un accord sur le nombre d'articles comptés, et le document final doit être signé par tous les membres de l'équipe participant au décompte.

- 6.1.92 L'équipe s'assure que seuls des produits souples radio-opaques sont utilisés dans le champ opératoire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisation de marqueurs radio-opaques, tels que ceux utilisés sur les éponges et les serviettes, est essentielle pour réduire les risques de corps étrangers oubliés. En cas de décompte erroné, ces marqueurs facilitent l'identification et l'emplacement des articles.

- 6.1.93 L'équipe s'assure de suivre la procédure organisationnelle visant à assurer la sécurité de l'utilisateur lorsqu'un bris de dispositif médical survient durant l'intervention.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il est essentiel de retrouver tous les morceaux du dispositif, de documenter et signaler l'incident selon la procédure organisationnelle. La documentation devrait inclure de manière précise, les circonstances menant au bris, l'heure, le type de dispositif médical et les effets sur l'intervention et l'utilisateur. Tous les morceaux sont soigneusement récupérés pour éviter tout risque pour l'utilisateur et assurer la traçabilité.

- 6.1.94 L'équipe s'assure que les prothèses ou les implants utilisés pendant l'intervention sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La documentation devrait comprendre la quantité, la taille et le type de prothèse ou d'implant, le nom du fabricant, le numéro de lot, le numéro de série, la date de péremption ainsi que le site opératoire et la latéralité.

- 6.1.95 L'équipe s'assure de la surveillance péri-interventionnelle de l'utilisateur conformément aux lignes directrices.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe s'assure de la surveillance des signes vitaux de l'utilisateur de façon péri-interventionnelle, selon les meilleures pratiques. Les signes vitaux incluent l'oxygénation, la ventilation, la circulation et la température. La surveillance peut être assistée par des dispositifs mécaniques ou électriques assurant une lecture continue et émettant des alertes en cas de variations anormales. Ces outils complètent le suivi actif des membres de l'équipe, et toutes les données sont consignées au dossier de l'utilisateur.

Une observation constante est essentielle pour détecter rapidement toute réaction post-intervention et post-anesthésique. Une communication structurée entre l'équipe ayant effectué l'intervention et celle de récupération, incluant un rapport verbal et le transfert des documents pertinents, assure la continuité des soins et services et prévient les incidents liés à la sécurité de l'utilisateur.



Pendant la période de récupération, les signes vitaux et les autres types d'observations doivent être consignés fréquemment selon les plans standards d'intervention et selon l'état de l'usager.

- 6.1.96 L'équipe utilise des critères normalisés pour déterminer si un usager peut recevoir son congé de la salle de réveil.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La planification des congés débute dès que l'usager est admis, ce qui facilite les transitions et rend le processus plus efficace. Des échelles spécifiques et standardisées sont en place pour évaluer si l'usager est prêt pour son congé, assurant ainsi une décision éclairée et sécuritaire.

6.2 Pratiques transversales

- 6.2.1 Les équipes s'assurent que l'usager est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les autres options aux soins et services de télésanté pourraient comprendre la visite en personne ou la consultation téléphonique avec un membre de la main-d'œuvre. Les usagers devraient s'attendre à recevoir la même qualité de soins et services, peu importe leur forme.

- 6.2.2 Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents sont disponibles sur au point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées. La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :

- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;
- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle ou l'utilisation de marqueurs fluorescents ou d'adénosine triphosphate (ATP).

6.2.3 Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Par exemple, l'établissement peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.

- 6.2.4 Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle ainsi que sur l'importance et la pertinence de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoire. L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les publics cibles. Le style de présentation est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension.

Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres et les écrans dans les salles d'attente.

- 6.2.5 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique portent sur les moyens de détecter une éclosion, de déterminer sa cause (y compris si elle provient d'aliments contaminés), de recueillir des données ou des échantillons pour trouver d'autres cas, ainsi que de contenir une éclosion dès qu'elle est détectée.



- 6.2.6 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe responsables de recueillir et de mettre à jour l'information sur les allergies et les réactions indésirables aux médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur sont spécifiés. Les champs d'information relatifs aux allergies des usagers dans le profil et le type de réaction, la gravité et la date à laquelle l'allergie a été identifiée sont consignés.

- 6.2.7 Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il faut consulter le profil de l'utilisateur pour vérifier toutes les « bonnes » conditions de l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.

- 6.2.8 Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux ou à l'efficacité clinique. Les informations pertinentes sont consignées au dossier santé de l'utilisateur. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



Chapitre 7: Soins et services critiques (usagers admis)

Contexte

Ce chapitre porte sur l'évaluation des soins et services critiques dispensés dans les unités de soins critiques des établissements publics du Québec, telles que les unités de soins intensifs, les unités de grands brûlés, les unités de soins coronariens ou les unités dans lesquelles les usagers sont maintenus sous ventilation assistée. Les soins et services évalués visent les populations de tous âges qui sont admis en centre hospitalier et qui présentent une condition clinique instable ou à risque d'instabilité en raison de multiples facteurs d'ordre médical ou chirurgical. Le contenu de ce chapitre s'appuie sur les orientations ministérielles et les meilleures pratiques en vigueur, qui se retrouvent notamment dans le document Recommandations sur l'optimisation de l'accès aux soins pour les patients en condition critique (MSSS, 2023). Les unités des soins intensifs pour nouveau-nés ne sont pas couvertes par ce chapitre.

Remarque: Les critères 35 à 45 des chapitres 2 à 8 portent sur les soins palliatifs et de fin de vie. L'utilisation du terme « objectifs de soins » dans ces critères remplace celui de « niveaux de soins » utilisé précédemment. Par ailleurs, les chapitres 2 - Soins et services d'urgence (usagers inscrits), 4 - Soins et services d'hospitalisation (usagers admis), et 7 - Soins et services critiques (usagers admis) incluent trois critères relatifs au don d'organes et de tissus, répartis en fonction de la nature des soins et services offerts.

7.1 Épisodes de soins et services - Soins et services critiques (usagers admis)

7.1.1 L'équipe adopte une approche inclusive dans l'ensemble de sa prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une approche inclusive nécessite une ouverture réelle par l'équipe envers la diversité sous toutes ses formes. Cette approche tient compte des dimensions identitaires, des déficits intellectuels, physiques, et sensoriels ainsi que celles d'appartenance culturelle



ou religieuse, des croyances et des pratiques culturelles et spirituelles, de l'âge, des expériences de vie antérieures et des traumatismes potentiels, ainsi que du statut socioéconomique. Ces dimensions comprennent également la diversité sexuelle et la pluralité des genres.

L'équipe veille à utiliser un langage neutre, évitant toute présomption concernant l'identité, l'orientation sexuelle, les capacités physiques ou intellectuelles, ou la structure familiale d'un usager dans ses interactions avec celui-ci. Cette approche permet la reconnaissance de l'identité de l'usager dans le système de santé en entier, peu importe sa porte d'entrée et tout au long du continuum de soins et services.

En adoptant cette approche, l'équipe veille à ce que l'usager soit considéré avec respect et bienveillance, tout en prenant en compte de ses changements de prénom usuel ou de pronoms, même si ceux-ci diffèrent de ceux inscrits au dossier santé ou aux documents officiels. L'équipe encourage l'utilisation des bons prénoms usuels ou des pronoms choisis par l'usager et, dans la mesure du possible, indique ces derniers au dossier santé. L'inclusion de la famille choisie, c'est-à-dire de sa ou ses personnes proches aidantes ou de son ou de ses partenaires de vie qui ne font pas partie de la famille au sens légal ou biologique, est également favorisée afin de respecter l'hétérogénéité des structures familiales possibles. De plus, le respect de l'identité du genre est appliqué en tout temps, même lorsque l'usager n'est pas présent et ce respect s'applique également à sa ou ses personnes proches aidantes.

L'équipe respecte le rythme de dévoilement de l'usager et fait preuve d'humilité à cet égard, reconnaissant que l'expression de l'identité de l'usager ne lui appartient pas. Ainsi, il faut éviter de poser des questions de nature intrusive et laisser l'usager dévoiler les informations pertinentes à son identité au rythme qui lui convient. Si des questions de nature délicate doivent être posées, l'équipe en explique la raison.

7.1.2 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la confidentialité des renseignements personnels de l'usager.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La notion de confidentialité comprend la protection de la vie privée et des renseignements personnels. L'usager a le droit de savoir comment ses renseignements sont utilisés et comment accéder à son dossier santé ainsi qu'aux renseignements qui le concernent.



Si l'équipe doit partager des renseignements avec la ou les personnes proches aidantes de l'utilisateur, une tierce personne, ou une autre entité hors établissement, comme des organismes communautaires ou des cliniques privées, l'équipe s'assure d'obtenir le consentement de l'utilisateur durant la prestation des soins et services. Ce consentement peut être obtenu au moment de désigner sa ou ses personnes proches aidantes auxquelles l'utilisateur donne l'accès à ses renseignements.

7.1.3 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique afin de soutenir les usagers vivant en contexte de vulnérabilité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique, tels que des outils de dépistage et d'évaluation reconnus, des guides de pratique cliniques, des protocoles de soins, des outils d'intervention, des fiches techniques et des plans d'intervention. Ces outils permettent d'identifier les interventions appropriées, qu'elles soient cliniques, psychosociales ou autres, afin de répondre de manière globale et adaptée aux besoins de l'utilisateur. Ils contribuent également à réduire les variations inattendues dans les pratiques et à assurer une approche intégrée et standardisée.

7.1.4 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à traiter les plaintes en matière de violations des droits de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il est important que l'équipe soutienne l'utilisateur dans sa démarche pour formuler toute plainte de violation des droits de l'utilisateur. Cette démarche contribue à maintenir une relation positive et de confiance avec l'utilisateur. Elle permet également à l'utilisateur de continuer à recevoir des soins et services de qualité, sans crainte de représailles.

Selon la procédure en vigueur, les plaintes peuvent être présentées par l'utilisateur, le mandataire, la ou les personnes proches aidantes, ou toute personne ayant été témoin d'une situation de violations des droits de l'utilisateur. L'équipe favorise un environnement dans lequel chacun se sent en sécurité pour exprimer ses préoccupations et formuler ses plaintes.



Les plaintes peuvent porter sur des questions de sécurisation culturelle et de stigmatisation. Elles peuvent également être liées à des violations de la confidentialité des informations de santé. L'équipe informe l'utilisateur de la procédure organisationnelle pour déposer une plainte, signaler une violation de ses droits ou faire part de ses préoccupations. L'équipe fournit également à l'utilisateur des informations sur les partenaires au sein et à l'extérieur de l'établissement qui peuvent l'aider à exprimer ses préoccupations ou à déposer une plainte, comme les défenseurs des droits des usagers, les ordres professionnels ou les commissaires à la protection de la vie privée. Ces partenaires restent neutres et objectifs lorsqu'ils consultent ou conseillent l'utilisateur afin d'aider à résoudre les déséquilibres de pouvoir que l'utilisateur peut rencontrer lorsqu'il éprouve des insatisfactions avec les membres de l'équipe, les gestionnaires ou l'établissement dans son ensemble.

La procédure organisationnelle protège l'anonymat, la confidentialité et la sécurité des informations du rapport même et de la personne qui remplit ce rapport. Cette procédure rassure l'utilisateur dans l'éventualité où il dépose une plainte, signale une violation de ses droits ou fait part de ses préoccupations, ces actions ne limiteront pas ou n'affecteront pas négativement ses soins et services. La procédure comprend des moyens pour respecter la confidentialité des rapports, gérer les incidents et l'escalade, ainsi que pour définir les délais de réponse attendus.

7.1.5 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à évaluer l'aptitude de l'utilisateur à prendre des décisions éclairées sur ses soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'incapacité de l'utilisateur à prendre une décision éclairée sur ses soins et services a des répercussions importantes sur le maintien de ses droits à ces soins et services et sur la planification, la prestation et les résultats de ceux-ci. L'utilisateur est présumé apte, à moins qu'il y ait des preuves manifestes que l'utilisateur n'a pas la capacité de prendre une décision précise en matière d'un soin ou d'un service qui s'impose.

L'utilisateur est informé, selon un langage qu'il peut comprendre, qu'il fait l'objet d'une évaluation de l'aptitude. L'utilisateur est soutenu dans l'atteinte et la démonstration de ses capacités de diverses façons. Par exemple, l'utilisateur peut avoir le temps de réfléchir ou d'assimiler l'information, ou de recevoir le soutien d'un membre de l'équipe ou d'un défenseur. Si des conditions temporaires interfèrent avec la capacité de l'utilisateur à prendre des décisions, comme la sédation, l'intoxication, le délirium ou la douleur, il faut



attendre que ces conditions se soient estompées avant d'évaluer sa capacité. L'aptitude à consentir peut varier dans le temps et nécessiter une évaluation en continu. Si un usager n'est pas en mesure de donner son consentement, ses décisions en matière de soins et services peuvent être prises par l'entremise d'un mandataire, conformément aux lois applicables.

L'équipe, y compris l'usager et son mandataire, comprend les lois applicables liées à la prise de décisions par le mandataire. L'information sur ces sujets est communiquée en temps opportun et dans un format clair et approprié pour chaque public cible.

7.1.6 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à obtenir, de façon itérative et continue, le consentement éclairé, libre et volontaire de l'usager à recevoir des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le consentement est obtenu avant chaque intervention ou procédure, aux points de transition de soins et au moment du congé ou d'un transfert.

Le consentement éclairé et volontaire de l'usager fait partie intégrante du droit de l'usager de prendre des décisions concernant ses soins et services et de ce qui arrive à sa personne. Les renseignements sur les options de soins et services, leurs avantages, risques et solutions de rechange sont communiqués à l'usager de façon claire et en temps opportun. L'usager a le temps de passer en revue les renseignements, de les comprendre et d'obtenir des réponses à ses questions avant qu'on lui demande de donner son consentement. Le consentement peut être implicite, généralement par le comportement ou les actions d'un usager, ou il peut être explicite, verbalement ou par écrit. Dans les cas où les pressions opérationnelles peuvent être perçues comme influant sur le consentement, le recours au consentement implicite est évité et des mesures sont prises pour confirmer que ce consentement est possible, éclairé et volontaire. Les normes de pratique pour les professionnels de la santé et les procédures organisationnelles définissent les activités de soins et services qui nécessitent un consentement explicite.

Tout problème qui peut interférer avec la capacité de l'usager à donner un consentement éclairé et volontaire est cerné et considéré de manière proactive, favorisant un environnement sécuritaire et non coercitif. Si un usager n'est pas en mesure de donner son consentement, ses décisions en matière de soins et services peuvent être prises par l'entremise d'un mandataire, conformément aux lois applicables.



L'utilisateur est toujours informé des prises de décisions concernant ses soins et services et y participe autant que possible. En cas d'urgence, l'obtention d'un consentement peut ne pas être possible. Si un souhait particulier est formulé par l'utilisateur concernant sa situation, ce souhait est respecté. Tous les renseignements requis, y compris les obstacles perçus à la réception d'un consentement éclairé et volontaire d'un utilisateur, sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur par un membre autorisé de l'équipe.

7.1.7 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à respecter le rôle du mandataire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un mandataire est nécessaire lorsque l'utilisateur est incapable de prendre lui-même une décision en matière de soins et services ou celle se rapportant à d'autres soins personnels. Le mandataire agit au nom de l'utilisateur et est considéré comme un membre actif de l'équipe.

L'équipe travaille avec l'utilisateur pour l'aider à comprendre le rôle du mandataire et l'importance d'identifier une personne pour assumer cette fonction. Dans la mesure du possible, l'équipe doit faire participer l'utilisateur quant au choix du mandataire.

L'équipe recueille des informations sur le mandataire de l'utilisateur, notamment son nom, sa relation avec l'utilisateur et ses coordonnées. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur et son dossier santé.

L'équipe aide le mandataire à s'acquitter de ses responsabilités en matière de prise de décision. Le mandataire a l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de participer aux conversations sur les options en matière de soins et services.

7.1.8 L'équipe respecte la procédure organisationnelle afin d'accompagner l'utilisateur qui exprime la volonté de mettre fin aux soins et services, de les limiter, ou d'être transféré vers un autre prestataire de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'utilisateur peut, en tout temps et à tout moment, demander de poursuivre ses soins et services avec un autre prestataire ou une autre équipe. Un effort doit être fait pour comprendre le raisonnement derrière la demande, afin d'accommoder celle-ci de manière appropriée. Ainsi, dans les situations où la demande est motivée par des propos discriminatoires ou des préjugés, l'équipe doit accompagner l'utilisateur afin de discuter de ses motivations et d'engager une réflexion respectueuse.

Les risques, de même que la disponibilité potentielle liée au transfert, ainsi que les autres services communautaires accessibles après le transfert sont passés en revue avec l'utilisateur.

Un cadre d'éthique ou décisionnel fondé sur les valeurs est utilisé pour travailler avec l'utilisateur qui a choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans ces démarches afin de parvenir à un résultat juste et équitable pour tous.

7.1.9 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à permettre à l'utilisateur d'identifier sa ou ses personnes proches aidantes qui intégreront l'équipe.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le cadre de ses soins et services, l'utilisateur peut choisir de faire participer sa ou ses personnes proches aidantes. L'utilisateur définit la façon dont il souhaite que sa ou ses personnes proches aidantes participent à ses soins et services. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur. La ou les personnes proches aidantes peuvent jouer un rôle essentiel dans les soins et services de cet usager et font partie de l'équipe selon ses souhaits.

La procédure organisationnelle prévoit des entretiens avec l'utilisateur, et précise que l'équipe doit pleinement informer l'utilisateur en quoi consiste une personne proche aidante, des raisons pour lesquelles il peut vouloir se doter d'une telle personne et des étapes à suivre pour choisir une ou plusieurs personnes proches aidantes. Ces étapes sont mises en œuvre lorsque l'utilisateur n'est pas en situation de crise ou à haut risque pour lui-même ou pour autrui et qu'il est apte à donner son consentement. Le consentement de l'utilisateur est un processus itératif et continu qui peut changer à tout moment.

L'équipe discute avec l'utilisateur des personnes autorisées à participer à ses soins et services afin de lui permettre de révéler, en toute sécurité et confidentialité, si la présence ou la participation d'une personne n'est pas souhaitable.



7.1.10 L'équipe facilite l'accès à des soins et services pouvant répondre aux besoins des personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe reconnaît que la ou les personnes proches aidantes choisies par l'utilisateur peuvent avoir leurs propres besoins en matière de soins et services. Ces besoins peuvent viser à favoriser leur propre santé et leur bien-être ou à leur permettre de participer activement aux soins et services de l'utilisateur. La ou les personnes proches aidantes peuvent être affectées par la santé de l'utilisateur, n'avoir que peu ou pas de formation, d'expérience ou de soutien pour y faire face.

L'équipe fournit ou facilite l'accès aux soins et services pour la ou les personnes proches aidantes, que ce soit à l'intérieur de l'établissement ou au sein de ressources communautaires. Ces soins et services peuvent inclure des programmes d'autogestion pour renforcer les capacités de la personne à faire face à sa situation, des groupes de soutien et des organismes communautaires pour favoriser l'intégration sociale, ainsi que des services de répit pour soutenir son réseau familial.

7.1.11 L'équipe favorise la pleine participation de l'utilisateur tout au long du continuum de soins et services par le partage de renseignements complets.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur est informé de ses droits et responsabilités avant toute prestation de soins et services. Les responsabilités de l'utilisateur comprennent la considération des autres avec respect, la communication de renseignements exacts, le signalement des risques pour la sécurité et le respect de la réglementation.

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle pour un choix éclairé et pour la prise de décisions de l'utilisateur. L'utilisateur reçoit l'information dont il a besoin pour prendre des décisions sur ses soins et services. Les renseignements sont transmis en fonction des besoins et des préférences de l'utilisateur, ainsi que de sa ou ses personnes proches aidantes, si l'utilisateur le souhaite. Cela prend en compte son niveau de compréhension, d'alphabétisation ainsi que de sa langue et de sa culture. Les



résultats des évaluations sont communiqués à l'utilisateur en temps opportun, de manière claire et adaptée.

Différents moyens de communication peuvent être utilisés selon le contexte et la nature de l'information à transmettre. Par exemple, des sujets plus sensibles ou complexes peuvent nécessiter une approche plus structurée que des échanges de nature plus routinière.

L'équipe s'assure que l'utilisateur est pleinement intégré dans le processus décisionnel à chaque étape. L'utilisateur est informé des risques et des bienfaits des soins et services, des interventions proposées, ainsi que des ressources disponibles, y compris des groupes de soutien, des soins et services en cas de situation urgente et la façon de joindre les membres de l'équipe.

L'équipe favorise également l'autogestion de l'utilisateur par l'éducation et l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, lui permettant ainsi de maintenir son autonomie et d'améliorer son état de santé et sa qualité de vie. L'équipe encourage les questions, les commentaires et veille à ce que les renseignements soient compris, afin que l'utilisateur puisse prendre des décisions en toute confiance et selon ses préférences.

7.1.12 L'équipe utilise une approche de prise de décision d'ordre éthique pour soutenir la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les questions d'ordre éthique comprennent des situations où des valeurs peuvent être conflictuelles, rendant la décision difficile à prendre. Ces questions peuvent être complexes et poser un risque à la vie de l'utilisateur. Elles peuvent aussi être liées aux activités quotidiennes. On compte notamment les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre avec des risques, ainsi que les demandes de retrait ou de cessation de certains soins ou services. L'équipe est incitée à se référer au cadre éthique organisationnel et aux principes directeurs identifiés dans le plan stratégique de l'établissement pour orienter ses décisions. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans les cas où des décisions complexes doivent être prises.

7.1.13 L'équipe communique à l'utilisateur les possibilités de participation aux projets de recherche en cours et aux projets d'amélioration de la qualité.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur a le droit d'être informé des possibilités de participer à des activités de recherche. Il peut contribuer à ces projets soit à titre de participant ou à titre d'expert en la matière agissant comme chercheur contributeur ou cochercheur. Les personnes souhaitant participer à des projets de recherche doivent être informées de ces activités ainsi que de la façon d'obtenir des informations supplémentaires sur les modalités de participation. Si la recherche fait partie du mandat de l'établissement, les équipes devraient être à l'affût des recherches en cours et offrir à l'utilisateur la possibilité d'y participer.

De la même manière, l'utilisateur peut également être invité à participer aux projets d'amélioration de la qualité, en cours dans l'établissement.

L'équipe suit une procédure d'examen éthique pour déterminer quand il convient de faire participer un utilisateur à une activité de recherche, conformément au cadre d'éthique de la recherche en vigueur dans l'établissement.

- 7.1.14 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à déclarer un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur survenu lors de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les incidents et accidents liés à la sécurité sont définis au sein de la procédure.

Un incident ou accident lié à la sécurité est un événement ou une situation qui aurait pu ou a causé un préjudice à un utilisateur. Les incidents ou accidents liés à la sécurité de l'utilisateur peuvent comprendre des erreurs de médication, d'intervention ou de test diagnostique, des blessures, des chutes ou des problèmes de matériel ou d'équipement, de communication, d'identification de l'utilisateur, de bris de confidentialité, de violence ou d'agression.

La procédure organisationnelle est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes. Elle indique quels types d'incidents ou d'accidents doivent être signalés, comment les signaler et à qui. La procédure est simple, claire, confidentielle et axée sur l'amélioration du système.



L'équipe consigne l'incident ou l'accident lié à la sécurité dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents ou accidents liés à la sécurité. L'information est partagée avec les membres de l'équipe appropriés.

- 7.1.15 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à divulguer un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur survenu lors de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les incidents et accidents liés à la sécurité sont définis au sein de la procédure.

La divulgation est un droit pour l'utilisateur et une obligation pour l'établissement, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Ce processus formel implique une discussion ouverte entre l'utilisateur ou, s'il est inapte, son mandataire, et la personne responsable du suivi au sujet d'un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur.

La divulgation soutient l'amélioration de la sécurité, favorise le rétablissement des personnes concernées, contribue au maintien de la confiance et constitue un moyen de communication tout au long du processus de gestion de l'accident ou l'incident. La divulgation est un processus dans lequel plusieurs conversations de divulgation ont lieu au fil du temps, en commençant par la divulgation initiale et en progressant vers la divulgation à la suite de l'analyse, une fois que les causes de l'événement sont connues.

La procédure organisationnelle décrit les événements liés à la sécurité qui doivent être divulgués, la personne qui dirige et soutient le processus de divulgation, ce qui doit être communiqué et à qui, quand et comment divulguer des informations sur l'incident ou l'accident et comment documenter la divulgation. La procédure décrit également les types de soutien qui peuvent être offerts à l'utilisateur et aux autres personnes impliquées dans l'incident ou l'accident découlant de la prestation de soins et services.

L'équipe consigne la divulgation dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents ou accidents liés à la sécurité. L'équipe collabore avec l'utilisateur afin de connaître son expérience concernant le processus de divulgation. Cette rétroaction est documentée par l'équipe et utilisée afin d'améliorer la procédure.

- 7.1.16 L'équipe se prépare aux situations d'urgences et aux sinistres en participant à des exercices de simulation.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ces simulations représentent des exercices concrets qui renforcent les compétences des membres de l'équipe en vue de se préparer aux situations d'urgences et aux sinistres. Compte tenu de l'évolution constante des populations et de la main-d'œuvre dans les établissements, ces simulations doivent être effectuées de façon périodique. En utilisant une approche fondée sur le travail d'équipe, les simulations sont effectuées aux intervalles attendus et de la manière décrite dans les procédures.

Chaque année, les équipes effectuent au moins une simulation physique, en personne, d'un type d'urgence ou d'un élément de la procédure d'évacuation. D'autres exercices de simulation peuvent être effectués virtuellement ou au moyen d'un exercice de simulation de table. Les exigences des autorités compétentes peuvent imposer des simulations plus fréquentes, comme les exercices d'évacuation en cas d'incendie.

Une fois la simulation terminée, les gestionnaires et les équipes effectuent un débriefage pour évaluer le déroulement, en faire un bilan, déterminer les suivis à effectuer, ou proposer d'éventuelles améliorations aux opérations futures. Les procédures sont mises à jour après les activités de simulation et à chaque fois qu'un changement dans l'environnement de l'établissement est susceptible de les affecter, comme la perte d'une salle commune ou d'un autre espace. Les équipes sont informées de toute modification des procédures et ont accès aux versions les plus à jour.

- 7.1.17 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la gestion des comportements perturbateurs et agressifs.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les comportements perturbateurs et agressifs se caractérisent par des actions, des mots ou des gestes néfastes exprimés par un usager, par sa ou ses personnes proches aidantes ou par un mandataire. Les expériences de traumatismes passés et les douleurs nouvelles ou aggravées peuvent contribuer à un comportement perturbateur et agressif.

En utilisant une approche basée sur le travail d'équipe, cette dernière suit la procédure organisationnelle pour prévenir, évaluer et gérer les comportements perturbateurs et agressifs. Cette procédure comprend des approches préventives telles que la reconnaissance des antécédents ayant causé un comportement perturbateur et agressif ou les préférences et les habitudes de l'usager.



L'équipe adopte une approche adaptée aux traumatismes, culturellement sécuritaire, pour soutenir l'utilisateur qui présente des comportements perturbateurs et agressifs. L'utilisation de mesure de contrôle se fait en dernier recours et en conformité avec la procédure organisationnelle. L'équipe travaille en collaboration afin d'identifier les causes potentielles des comportements perturbateurs et agressifs et les approches non pharmacologiques pour y remédier. Dans la mesure du possible, l'équipe calme et redirige l'utilisateur, et prend des mesures pour traiter la cause des comportements. L'adaptation de l'environnement afin de réduire ou d'augmenter les stimuli, proposer des activités ou du matériel calmant sont des stratégies d'intervention que l'équipe peut utiliser dans le but de prévenir et gérer les comportements perturbateurs agressifs.

L'équipe facilite l'accès aux professionnels appropriés pour une évaluation et un soutien lorsque les comportements perturbateurs et agressifs de l'utilisateur ne répondent pas aux stratégies mises en œuvre par l'équipe. L'équipe consigne les comportements perturbateurs et agressifs de l'utilisateur et les mesures prises pour y remédier dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé de ce dernier. L'information est partagée avec les membres de l'équipe appropriés.

L'équipe peut être sensibilisée aux comportements perturbateurs et agressifs et recevoir une formation sur la gestion de ces types de comportements, dont la formation OMEGA. Cette formation peut aider la main-d'œuvre à reconnaître, prévenir et gérer efficacement ces comportements tout en assurant la sécurité de tous. Les approches de gestion des comportements perturbateurs et agressifs peuvent également inclure les visiteurs et les personnes proches aidantes.

- 7.1.18 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'utilisation des mesures de contrôle les moins restrictives en tant que dernier recours lors de la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les mesures de contrôle physiques, chimiques ou environnementales, comme l'isolement, n'ont pas de valeur thérapeutique et ne doivent pas être utilisées dans les milieux de soins que ce soit à des fins thérapeutiques ou punitives. Le recours à des mesures de contrôle visant à limiter les mouvements de l'utilisateur ou son comportement peut avoir des effets indésirables significatifs sur son bien-être physique, mental et émotionnel.

Les mesures de contrôle sont connues pour augmenter le risque de traumatismes psychologiques et physiques, de complications respiratoires et cardiaques, d'état



confusionnel aigu, d'agitation, de chutes, de dégradation de la peau et de déconditionnement. Les mesures de contrôle ne sont utilisées qu'à court terme et en dernier recours lorsqu'il existe un risque imminent et significatif de préjudice grave à l'endroit de la vie ou de la santé de l'utilisateur ou d'autres personnes, et que toutes les autres stratégies et interventions de prévention ont échoué ou ont été jugées inappropriées en vue d'assurer la sécurité de ces personnes.

La procédure organisationnelle aborde les actions suivantes qui sont aussi comprises dans les activités de l'équipe :

- travailler avec l'utilisateur de façon proactive pour reconnaître ses déclencheurs et identifier des stratégies de désescalade en vue de prévenir le recours à des mesures de contrôle;
- demander le consentement de l'utilisateur, ou, s'il est inapte, celui de son mandataire, avant qu'une mesure de contrôle ne soit utilisée en tant que dernier recours ou lorsque la prolongation de la mesure de contrôle est jugée nécessaire;
- documenter le recours à la mesure de contrôle, y compris une justification à la lumière de solutions de rechange tentées ou envisagées, d'un consentement ou d'un refus de la part de l'utilisateur ou de son mandataire, de la nature et de la durée de la mesure de contrôle, et des activités de l'équipe visant à assurer la vigie de l'impact de la mesure de contrôle et à explorer et à promouvoir des solutions de rechange pendant toute la durée du recours à la mesure de contrôle;
- réduire ou interrompre l'utilisation de la mesure de contrôle le plus tôt possible et avoir recours à d'autres actions visant à maintenir en sécurité l'utilisateur et les autres personnes;
- mener des réunions de bilan comprenant l'utilisateur à la suite de l'utilisation de mesures de contrôle et faciliter l'accès de l'utilisateur à du soutien psychologique culturellement sécuritaire ainsi qu'à d'autres soutiens;
- répondre à toute exigence en matière de rapports au-delà de ce qui précède;
- évaluer la conformité avec la procédure organisationnelle et les meilleures pratiques en vue d'éliminer ou de réduire l'utilisation des mesures de contrôle dans les milieux de soins grâce à des méthodologies éclairées par des données probantes.

L'équipe a accès à la formation et du perfectionnement sur le recours sécuritaire et approprié aux mesures de contrôle. Ces formations couvrent, notamment, l'orientation sur la philosophie de l'établissement visant la prestation des soins les moins restrictifs possibles, sur les politiques traitant de l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, sur les soins et services à dispenser à l'utilisateur pour qui des mesures de contrôle sont utilisées, sur la surveillance de l'utilisateur pendant le recours aux mesures de contention et sur la façon de consigner le recours à de telles mesures.



- 7.1.19 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique visant à évaluer l'état de santé de l'utilisateur de façon holistique tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de l'état de santé est effectuée le plus tôt possible au moment de la prise en charge et tout au long du continuum de soins et services. L'évaluation, éclairée par l'historique et la condition clinique actuelle de l'utilisateur ainsi que par les informations obtenues lors des transferts, tient compte des besoins biopsychosociaux de l'utilisateur, incluant les aspects physiques, mentaux, sociaux et spirituels. Il est également important de considérer les interactions entre les déterminants individuels de la santé, tels que le mode de vie, et les facteurs sociaux et environnementaux comme le revenu, l'éducation et le logement.

L'information est validée, revue et mise à jour régulièrement, particulièrement en cas de changement dans l'état de santé de l'utilisateur. Ces changements sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur.

- 7.1.20 L'équipe assure un accès en temps opportun aux soins et services de consultation, aux imagerie diagnostic, aux analyses de laboratoire, aux examens pratiqués au point de services ainsi qu'aux résultats.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'accès aux soins et services de consultation, d'imagerie diagnostic, aux examens pratiqués au point de services et aux analyses de laboratoire est organisé de manière à répondre aux besoins urgents de l'utilisateur, en tenant compte des ressources disponibles et des réalités organisationnelles.

L'équipe suit les procédures en place permettant un accès rapide et en temps opportun à ces soins et services, avec une priorité accordée aux situations critiques et urgentes. Lorsque ces soins et services ne sont pas disponibles sur place, l'équipe a accès à des processus de partenariat ou des procédures permettant d'obtenir ceux-ci de manière efficace. Les consultations peuvent être réalisées en personne, par télémedecine, ou via le personnel de garde. Des protocoles sont en place pour définir les priorités en fonction de la gravité des états cliniques et des tests requis.



L'équipe s'assure également que l'accès en temps opportun aux spécialistes ayant de l'expertise en santé pédiatrique est offert. Les examens pratiqués au point de services peuvent englober les analyses de laboratoire, telles que les prises de sang, ou l'imagerie diagnostique, comme une échographie ou une endoscopie.

7.1.21 L'équipe respecte la procédure organisationnelle de hiérarchisation et d'accès aux soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il existe une procédure organisationnelle de hiérarchisation et d'accès aux soins et services qui tient compte des besoins de l'utilisateur identifiés lors d'évaluations tout au long du continuum de soins et services.

Les besoins font référence ici à ce qui est requis pour réaliser les objectifs et atteindre les résultats souhaités de soins et services pour l'utilisateur. L'information recueillie est utilisée pour déterminer si ces soins et services offerts par l'établissement répondent aux besoins et aux préférences de l'utilisateur, pour cerner les besoins immédiats et pour établir les priorités quant à la prestation de ces soins et services. L'évaluation des besoins peut être répétée de façon périodique tout au long du continuum des soins et services afin d'adapter ceux-ci et de déterminer si de nouveaux soins et services doivent être initiés. Les besoins sont identifiés et consignés dans le dossier santé.

7.1.22 L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé qui répond aux besoins de l'utilisateur et qui tient compte de ses préférences.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan de soins et services individualisé tient compte des besoins uniques de l'utilisateur et adopte une approche holistique des soins. Il repose sur les résultats d'évaluations, les objectifs, les préférences, les résultats attendus de ces soins et services et prend en compte l'état de santé et les ressources disponibles. Il définit les rôles et les responsabilités de l'équipe ainsi que ceux de l'utilisateur. Le plan comprend également :

- le lieu de la prestation des soins et services;
- la fréquence et l'échéancier prévu;
- les objectifs et les résultats attendus;



- la date prévue de fin des soins et services;
- les plans de transition ou de suivi à la fin des soins et services.

Il peut également comprendre des renseignements sur les antécédents, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments de l'utilisateur, y compris les problèmes ou les réactions indésirables aux médicaments.

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, ainsi que les options pour ceux-ci, font l'objet de discussions avec lui. L'équipe participe à une prise de décisions partagée qui tient compte des résultats attendus pour l'utilisateur et des risques et bienfaits liés à ces options.

7.1.23 L'équipe évalue l'évolution des objectifs, des préférences et résultats attendus de l'utilisateur tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de l'évolution des objectifs, des préférences et des résultats attendus permet d'ajuster le plan de soins et services individualisé en conséquence. La consignation des progrès de l'utilisateur est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle s'effectue avec la participation de l'utilisateur. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, la discussion avec l'utilisateur, les mesures des résultats déclarés par les patients et l'observation.

7.1.24 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour la gestion de la douleur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de la douleur est effectuée lors de l'évaluation initiale de l'utilisateur, et de façon régulière par la suite. L'évaluation de la douleur et de la souffrance tient compte des sphères physiques, psychologiques, sociales et spirituelles, de l'âge, du niveau de développement de l'utilisateur, du caractère unique de chaque épisode de soins et services, ainsi que de sa capacité à percevoir et à ressentir la douleur. Des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés pour établir l'intensité, les caractéristiques, l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que ses impacts sur les activités habituelles de l'utilisateur. L'impact des traumatismes sur



l'expérience de la douleur et sur le bien-être psychologique est reconnu. La réponse aux demandes de gestion de la douleur est rapide. Les stratégies de gestion de la douleur pour l'utilisateur peuvent comprendre des interventions physiques, comportementales et psychologiques, comme des mouvements, des massages, un positionnement du corps particulier et des soins individuels, l'emploi d'analgésiques, y compris des opioïdes ou le recours à des interventions anesthésiques.

L'équipe collabore avec l'utilisateur pour déterminer ses objectifs de soins et élaborer un plan pour gérer la douleur qui répond à ses besoins et préférences. L'équipe consigne toutes les interventions de gestion de la douleur dans le dossier santé de l'utilisateur et dans son plan de soins et services individualisé. L'information est partagée avec les membres d'équipe appropriés.

7.1.25 L'équipe intègre la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ces transitions de soins sont des exemples de moments clés qui nécessitent une planification dès le début de la trajectoire de soins et services:

- l'accueil;
- l'admission;
- les changements de quart de travail;
- la référence à un autre prestataire de soins et services de la communauté;
- les transferts vers un autre service ou à un autre établissement;
- la fin des soins et services;
- le congé.

L'équipe évalue le niveau de préparation de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, y compris sa capacité physique, cognitive et psychosociale à chacune des étapes de transition. Dès le début de l'épisode de soins et services, la planification et les discussions avec l'utilisateur au sujet de la transition l'aident à mieux comprendre le processus et lui donnent l'occasion de poser des questions. La planification des étapes de transitions vise à préparer l'utilisateur et à améliorer la continuité des soins et services. Les discussions permettent aussi de s'assurer que tous les renseignements sont précis et complets, et que les préférences de l'utilisateur sont respectées.



Dans le contexte où l'utilisateur doit être transféré, l'équipe discute avec celui-ci du plan de soins et services individualisé, y compris ses objectifs et ses préférences; des soins et services offerts; des problèmes cliniques ou autres; de ce à quoi s'attendre durant la transition; des rendez-vous de suivi; des outils et des ressources informationnelles disponibles pour l'autogestion des soins, des coordonnées des membres de l'équipe et des détails quant aux situations exigeant un contact avec l'équipe.

- 7.1.26 L'équipe assure une communication claire et opportune entre ses membres, tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un langage clair et simple est utilisé pour toute communication, y compris celui utilisé lors d'une urgence ou d'une situation critique. La communication permet la continuité des soins et services en s'assurant que toutes les informations pertinentes sont transmises de manière précise et en temps opportun. Cela comprend les mises à jour régulières sur l'état de l'utilisateur, les plans de soins et services individualisés, et toute modification apportée aux soins ou services requis.

- 7.1.27 L'équipe s'assure que l'utilisateur sait qui est la personne responsable de la coordination de ses soins et services, ainsi que de la façon de la joindre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La nomination d'une personne responsable de faciliter la communication et la coordination des soins et services permet de définir les rôles et responsabilités avec clarté et de favoriser les soins centrés sur la personne. Le membre désigné peut être le membre de l'équipe qui est le plus régulièrement en contact avec l'utilisateur ou le principal prestataire des soins et services.

- 7.1.28 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour diriger les transferts vers des soins et services internes ou externes dans les cas où l'équipe est incapable de répondre aux besoins anticipés ou réels de l'utilisateur.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La capacité de l'équipe ainsi que le niveau de soins et services offerts par l'établissement sont pris en compte de manière à préciser si les besoins de l'utilisateur peuvent être satisfaits. Les critères de hiérarchisation peuvent être définis par l'autorité administrative appropriée, telle que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Dans le cas où l'équipe ou l'établissement est incapable de répondre aux besoins de l'utilisateur, la raison en est expliquée. L'accès à d'autres soins et services, y compris le transfert, est favorisé.

De plus, en cas d'urgence, d'anormalité, de complication ou d'événement préjudiciable, des politiques ou des protocoles de recours à la hiérarchie des soins et services précisent avec quels membres de l'équipe il est possible de communiquer et dans quelles circonstances. L'équipe connaît les délais de réponse appropriés et avec quelle personne communiquer en l'absence de réponse.

L'établissement dispose d'une procédure organisationnelle ou d'un plan de transfert vers un centre spécialisé qui assure la continuité des soins et services. Les renseignements sont consignés en vue d'être utilisés lors du transfert et dans la planification des soins et services.

7.1.29 L'équipe assure un suivi approprié lors des transitions de soins.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La responsabilité entourant les soins et services se poursuit jusqu'à ce que ceux-ci aient pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, à un autre service, à un autre établissement ou à un autre organisme. Les soins et services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins et services à domicile et ceux offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extrahospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins et services continus. La collaboration pour établir un plan de transition adapté à l'utilisateur et la coordination optimale entre les différentes équipes, les différents établissements et organismes sont essentielles pour assurer une transition harmonieuse et continue des soins et services ainsi que le suivi systématique de l'utilisateur.



Cette coordination s'appuie sur les meilleures pratiques pour l'accès intégré et harmonisé, telles que la consolidation et la création de trajectoires de soins et services. Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué au moyen d'un outil d'aide à la décision clinique, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné. En s'appuyant sur le cadre de référence sur l'accessibilité et la continuité de soins et services au Québec, les équipes peuvent assurer une prise en charge continue et intégrée de l'utilisateur.

L'équipe respecte les protocoles pour gérer efficacement le cheminement de l'utilisateur et utilise des outils de consignation et des stratégies de communication standardisés pour le transfert d'information.

7.1.30 L'équipe connaît les soins et services offerts dans les autres programmes-services et dans la communauté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une équipe ne peut à elle seule répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. Il est essentiel que les équipes soient informées des soins et services offerts tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement et hors de la sphère des programmes-services. Ainsi, l'équipe peut identifier des ressources ou des services complémentaires pour mieux répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. De plus, des transferts efficaces peuvent être coordonnés en temps opportun dans les cas où l'équipe ou l'établissement n'est pas en mesure d'offrir les soins ou services nécessaires à l'utilisateur, afin d'en assurer une offre ininterrompue.

Il peut s'agir de soins et services au sein du programme-services, par d'autres programmes-services de l'établissement ou au sein de la communauté, y compris les soins et services de télésanté. L'information peut viser la promotion des soins et services, la prévention, les ressources d'aide et de soutien, le traitement, la réadaptation, l'hébergement ou les soins et services de fin de vie. L'information peut être présentée sous forme d'index de ressources précisant entre autres la nature des soins et services et les modalités d'accès, ainsi que les clientèles ciblées.

7.1.31 L'équipe oriente l'utilisateur vers les ressources appropriées ou vers d'autres prestataires de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'équipe collabore avec les différents programmes-services, afin d'orienter adéquatement l'utilisateur pour qu'il reçoive les soins et services les plus pertinents, dans le contexte le plus approprié, tout en prévenant les transferts inutiles et les solutions temporaires. La continuité des soins et services doit être assurée.

L'équipe informe l'utilisateur et facilite l'accès à des ressources ou des soins et services complémentaires pour mieux répondre à l'ensemble de ses besoins.

- 7.1.32 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues appropriées tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe possèdent les qualifications requises pour leur permettre d'exercer selon leurs champs de pratique lors de la prestation de soins et services. Les gestionnaires de l'établissement ont la responsabilité de revoir régulièrement quelles compétences et qualifications sont requises afin de s'assurer que l'équipe satisfait les besoins de la population desservie. L'équipe dispose d'un moyen pour signaler les besoins en matière de formations pertinentes.

Les activités d'apprentissage sont offertes à la main-d'œuvre au moyen d'une approche structurée et de manière continue afin de maintenir les compétences acquises et de s'assurer que les qualifications des prestataires de soins et services demeurent à jour conformément aux politiques et procédures organisationnelles. Les activités d'apprentissage doivent être culturellement adaptées et intégrer les principes d'équité, de diversité et d'inclusion adaptés à la population desservie, notamment la communauté 2SLGBTQ+, les communautés autochtones, les communautés ethniques et d'autres populations mal desservies et marginalisées notamment les réfugiés et les immigrants.

La formation est accessible et diffusée par différents moyens afin de répondre aux besoins de la main-d'œuvre, comme des sessions virtuelles ou préenregistrées, des modules d'apprentissage sur le web, des simulations et des sessions de formation en présentiel.

- 7.1.33 L'équipe veille à gérer les délais d'attente pour l'obtention des soins et services, depuis la demande initiale jusqu'à la prise en charge effective de l'utilisateur.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Pour limiter les temps d'attente, l'équipe peut adopter des stratégies telles que la gestion proactive des rendez-vous ou des demandes, l'échelonnement des heures de rendez-vous ou la communication proactive avec l'utilisateur en cas de délais importants. L'équipe s'assure de bien accueillir l'utilisateur en tenant compte des temps d'attente et met en place des mesures pour optimiser le flux et améliorer l'expérience de l'utilisateur.

- 7.1.34 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à recueillir la rétroaction de l'utilisateur sur son expérience des soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La collecte d'informations confidentielles et anonymes auprès de l'utilisateur permet de partager sa voix et son expérience avec l'équipe et les gestionnaires du programme-services. Les informations relatives à l'expérience de l'utilisateur en matière de soins et services sont utilisées pour éclairer les décisions concernant le modèle de soins et ciblent les activités en matière d'amélioration de la qualité.

Les rétroactions des usagers sont recueillies et prises en compte de manière cohérente et opportune. Les rétroactions des usagers peuvent être recueillies par des moyens formels et informels comme le recours à des sondages, à des groupes de discussion, à des conversations avec l'utilisateur et à des registres de plaintes.

- 7.1.35 L'équipe respecte la politique organisationnelle en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès des membres de l'équipe. Elle doit également être diffusée auprès de l'utilisateur dont l'état pourrait requérir des soins palliatifs et de fin de vie et auprès de sa ou ses personnes proches aidantes.

La politique organisationnelle au sujet des soins palliatifs et de fin de vie vise à assurer :



- l'équité dans l'accès aux soins et services;
- la continuité des soins et services entre les différents lieux de prestation;
- la qualité des soins et services offerts par des équipes interdisciplinaires;
- la sensibilisation de l'équipe au caractère inéluctable de la mort.

7.1.36 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'accès à l'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie possède des connaissances et des compétences reconnues, spécifiques et adaptées aux besoins de la clientèle. Elle conseille, soutient et fournit des renseignements à l'équipe de soins et services quant aux compétences interprofessionnelles essentielles qui sont nécessaires lors de la prestation de soins palliatifs et de fin de vie.

Bien que l'équipe de soins et services ne puisse pas toujours avoir une maîtrise sur les délais d'accès à l'équipe dédiée en soins palliatifs et de fin de vie, elle doit tout mettre en œuvre pour assurer que l'utilisateur reçoit une réponse adaptée en temps opportun, selon l'urgence et la gravité de l'état clinique et des besoins de l'utilisateur.

L'équipe s'assure que les demandes d'accès à l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs et de fin de vie sont consignées avec précision. Cette documentation comprend :

- la raison de la demande d'intervention par l'équipe interdisciplinaire;
- la date de la demande initiale;
- le niveau d'urgence associé à la demande, y compris le délai de réponse cible;
- la date de l'évaluation effectuée par l'équipe interdisciplinaire.

La demande d'accès à l'équipe interdisciplinaire peut se faire en personne, par téléphone ou par courriel, selon le cas, pour répondre aux besoins de l'utilisateur.

Dans les situations où un accès direct à l'équipe interdisciplinaire n'est pas possible, notamment dans les régions rurales, l'équipe s'assure de coordonner l'accès à d'autres prestataires de soins et services, comme les infirmières praticiennes, les médecins de garde, les soins et services de télésanté, ainsi que les soins et services en situation urgente pour assurer une prise en charge continue et adaptée.



- 7.1.37 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour repérer de manière proactive l'utilisateur pour lequel les soins palliatifs et de fin de vie seraient appropriés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique, tels que le guide Approche palliative intégrée : quand et comment, facilitent le repérage précoce de l'utilisateur susceptible de bénéficier d'une approche palliative intégrée, comme celui atteint d'une maladie à pronostic réservé, d'une maladie évolutive limitant l'espérance de vie, celui présentant une détérioration significative de son état de santé ou nécessitant une admission dans un établissement pour recevoir des soins de longue durée. L'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique permet également l'intégration des soins palliatifs et de fin de vie dès le début de la trajectoire de soins et service, afin d'améliorer la qualité de vie de l'utilisateur.

Dans un établissement qui n'offre pas de soins palliatifs ou de fin de vie, l'évaluation permet d'identifier le besoin d'orienter l'utilisateur vers des soins et services appropriés.

- 7.1.38 L'équipe fournit à l'utilisateur des renseignements pour l'aider à faire un choix éclairé sur l'endroit où il souhaite recevoir les soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur reçoit des renseignements et du soutien pour l'aider à recevoir des soins et services dans un milieu qui répond à ses besoins et préférences, soit à son domicile ou à un autre lieu de résidence. Au fur et à mesure que les besoins et les préférences de l'utilisateur changent, l'équipe aide l'utilisateur à adapter son environnement physique ou à choisir un autre milieu dans lequel les soins et services peuvent être offerts afin de s'assurer qu'il répond à ses besoins actuels en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Les membres de l'équipe fournissent, en toute transparence, des renseignements au sujet des choix et des soins et services offerts, ainsi que sur la façon dont les besoins de l'utilisateur peuvent être satisfaits dans les différents milieux possibles, tels que les lits réservés, les soins et services ambulatoires, ou les soins à domicile y compris les établissements de soins de longue durée.



- 7.1.39 L'équipe oriente la ou les personnes proches aidantes de l'utilisateur en soins palliatifs et de fin de vie vers des soins et services de répit.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le soutien accordé aux personnes proches aidantes, aussi bien sur le plan physique que sur le plan moral pendant l'évolution de l'état de santé, s'avère incontournable puisqu'il constitue un élément fondamental en soins palliatifs et de fin de vie.

L'évaluation de la nécessité de soins et services de répit est effectuée de manière proactive, en tenant compte de la situation et des besoins de la ou des personnes proches aidantes. L'équipe s'assure que la ou les personnes proches aidantes sont informées des options de répit disponibles et savent comment y accéder.

L'équipe collabore avec les différents soins et services afin de s'assurer que les besoins de répit sont pris en charge en temps opportun.

La ou les personnes proches aidantes devraient également être invitées à assurer eux-mêmes leurs soins pour réduire au minimum le stress et favoriser leur sécurité et leur bien-être.

- 7.1.40 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à discuter avec l'utilisateur de l'expression de ses volontés concernant ses objectifs de soins et de sa décision relative à la réanimation cardiorespiratoire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les souhaits de l'utilisateur en ce qui concerne le recours à la réanimation ou à un traitement de maintien en vie sont respectés. L'équipe a accès en tout temps aux membres de l'équipe ou à d'autres personnes qui connaissent la procédure organisationnelle de réanimation et qui sont formées pour prendre des décisions en matière de réanimation.

L'établissement assure la vigie du recours à la réanimation et aux traitements de prolongation de la vie, et dispose d'une procédure pour examiner les décisions de réanimation.



Dans l'éventualité où les objectifs de soins n'ont pas été respectés, les membres de l'équipe doivent fournir une raison qui est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et communiquée à sa ou ses personnes proches aidantes, ainsi qu'à l'équipe de soins et services.

La procédure organisationnelle tient compte des lignes directrices de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, notamment en lien avec la nomenclature à utiliser des trois catégories d'objectif :

- Objectif de prolongation (P) de la vie par tous les soins nécessaires;
- Objectif d'équilibre (E) des soins entre la prolongation de la vie et le confort;
- Objectif de confort (C) de la personne sans avoir pour but de prolonger la vie.

Indépendamment de l'objectif de soins formulé, l'équipe s'assure de maximiser le confort de l'utilisateur et sa qualité de vie tels qu'il les perçoit.

7.1.41 L'équipe discute des directives médicales anticipées avec l'utilisateur conformément à la législation pertinente.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La planification des directives médicales anticipées est une procédure qui permet à l'utilisateur d'exprimer à l'avance ses volontés concernant les soins et services qu'il souhaite recevoir en cas d'incapacité à consentir à ceux-ci. Selon les souhaits de l'utilisateur, les directives médicales anticipées sont partagées avec sa ou ses personnes proches aidantes.

L'utilisateur a la possibilité de discuter avec sa ou ses personnes proches aidantes, des prestataires de soins et services, des spécialistes juridiques et financiers, ainsi qu'avec son mandataire afin d'élaborer des directives médicales anticipées.

Les directives médicales anticipées sont réévaluées et les changements apportés sont consignés avec précision et en temps opportun dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur et sont communiquées à tous les membres de l'équipe qui sont autorisés à recevoir ces informations. Les membres de l'équipe effectuent des réévaluations à des points clés pendant les soins et services et en fonction des besoins de l'utilisateur, y compris pendant la transition et les changements relatifs à l'état de santé.



Si les directives médicales anticipées ne sont pas respectées, les membres de l'équipe doivent fournir une raison qui est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et communiquée à sa ou ses personnes proches aidantes, ainsi qu'à l'équipe de soins et services.

7.1.42 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'aide médicale à mourir fait référence à l'administration à l'utilisateur d'un médicament par un prestataire de soins et services qualifié à la suite de sa demande et une évaluation, selon les critères d'accessibilité définis, qui entraînera son décès dans le but de soulager sa souffrance.

La procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir est conforme aux cadres éthiques, juridiques et réglementaires applicables. Les membres de l'équipe savent comment répondre aux demandes d'aide médicale à mourir et suivent la procédure organisationnelle pour gérer ces demandes. Cela comprend une évaluation objective de la compréhension de l'utilisateur, quant aux différentes options pour soulager la souffrance.

7.1.43 L'équipe respecte les préférences de l'utilisateur au moment de son décès.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe s'informe des souhaits de l'utilisateur au sujet du lieu où il désire recevoir les soins et services et des personnes qu'il souhaite avoir à ses côtés lors de son décès. Si l'utilisateur ne peut pas être interrogé sur ses souhaits, l'équipe doit adresser la demande à sa ou ses personnes proches aidantes ou au mandataire. L'équipe discute avec sa ou ses personnes proches aidantes afin de déterminer la manière dont elles souhaitent qu'on leur annonce le décès si elles sont absentes. Les coordonnées de ces personnes sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe autorisés.

Si la ou les personnes proches aidantes ou le mandataire sont absents au moment du décès, ils doivent en être informés par un membre de l'équipe avec tact et humanité,



et se voir offrir du soutien, y compris l'accès à un guide spirituel ou à une autre personne compétente. Les membres de l'équipe doivent s'assurer que le soutien nécessaire est accessible, comme des services d'interprétation, en cas de barrières de communication.

7.1.44 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour la gestion du décès d'un usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Lorsque l'usager décède, l'équipe doit suivre la procédure qui comprend :

- la vérification et l'enregistrement du décès dans un bulletin de décès officiel;
- l'identification des membres de l'équipe qui sont responsables des soins et services avant, pendant et après le décès;
- la préparation de la ou des personnes proches aidantes en fournissant des renseignements sur la préparation du défunt et en précisant les attentes relatives au processus associé aux soins de l'usager après son décès;
- la proposition à la ou les personnes proches aidantes de participer aux soins du corps, comme le laver et l'habiller;
- la possibilité pour la ou les personnes proches aidantes d'attendre dans une autre pièce ou une autre zone pendant que l'on prépare le défunt à quitter les lieux;
- l'offre à un soutien dans le deuil à la ou les personnes proches aidantes pendant et après le décès;
- le maintien de la dignité du défunt et la sensibilité aux effets que le processus peut avoir sur sa ou ses personnes proches aidantes;
- l'offre à un accès 24 heures sur 24 à l'équipe de soins et services, y compris un accès par téléphone ou par des soins et services de télésanté;
- le transport du défunt de manière digne;
- la gestion du dossier santé du défunt, conformément aux souhaits de la ou les personnes proches aidantes;
- le résumé des rôles et responsabilités des membres de l'équipe pendant le décès et le processus suivant le décès.

La procédure s'applique également aux décès qui surviennent à domicile.

7.1.45 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à offrir du soutien aux personnes proches aidantes, avant et après le décès d'un usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'équipe dispose de ressources pertinentes, utiles et à jour au sujet des derniers moments de la vie tels que les signes et symptômes d'un décès imminent, les stratégies d'adaptation, la façon d'offrir du soutien et du réconfort pendant les derniers moments de la vie, ainsi que les services de soutien pour vivre le deuil. L'équipe partage les ressources avec l'utilisateur et sa ou ses personnes proches aidantes ou avec les autres membres de l'équipe selon les besoins.

Après le décès d'un usager, la ou les personnes proches aidantes sont invitées à recourir aux réseaux de soutien communautaire. L'accès à des intervenants en soins spirituels et à des travailleurs sociaux est fourni à l'endroit de la ou des personnes proches aidantes, selon le cas. Quand ceux-ci ne suffisent pas ou lorsqu'on entrevoit que la ou les personnes proches aidantes présentent un risque de réaction complexe face au processus de deuil, l'accès à des services complémentaires est facilité. Des services de soutien sont également disponibles pour la main-d'œuvre qui en manifesterait le besoin.

- 7.1.46 **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.

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 7.1.46.1 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.

Conseils

Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.

Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'utilisateur. Voici des exemples



d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'utilisateur, l'adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la personne proche aidante), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins et services continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'utilisateur, la reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'utilisateur et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'utilisateur ou la personne proche aidante.

L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec les utilisateurs et les personnes proches aidantes en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les utilisateurs et les personnes proches aidantes ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

7.1.47 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

7.1.47.1 L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Conseils

Un environnement physique intérieur et extérieur sécuritaire, libre d'obstacles, est essentiel afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Les procédures organisationnelles sont à jour, fondées sur des données probantes et sont conformes aux exigences des autorités compétentes. Les procédures identifient les actions qui doivent être effectuées afin d'offrir un environnement physique sécuritaire, notamment celles :



- De maintenir les planchers propres et secs et de nettoyer rapidement les liquides répandus;
- D'offrir des aides à la mobilité et des meubles adaptés selon la population desservie;
- De veiller à ce que les éléments structurels qui améliorent la sécurité et l'accessibilité soient en place et en bon état de fonctionnement, comme les rampes, les mains courantes, les barres d'appui, les revêtements de sol antidérapants et un éclairage adéquat;
- De réduire au minimum l'encombrement et le désordre;
- D'effectuer des vérifications de sécurité régulières des milieux de soins, et des espaces publics comme les aires de restauration, les entrées et les aires de stationnement.

En tant que membre de l'équipe, l'usager est encouragé à poser des questions, à faire part de ses préoccupations et à participer aux conversations sur la sécurité de l'environnement physique.

7.1.47.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de chutes et de blessures qui en découlent.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de chutes de l'usager et de prévenir les blessures qui en découlent. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer les risques de chutes et de blessures qui en découlent auprès de tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.



Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé de l'usager et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 7.1.47.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque de chutes ou de blessures qui en découlent.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque de chutes ou de blessures qui en découlent, une évaluation complète est effectuée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'usager peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée à l'aide d'outils d'aide à la décision. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. Les outils peuvent inclure des méthodes d'évaluation de la marche, de l'équilibre, de l'humeur, de la vision, de la cognition, de la prise des médicaments, de la comorbidité, des antécédents de chutes, de la gestion des activités de la vie quotidienne et de l'utilisation d'appareils suppléants et de technologie d'appui.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé de l'usager et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 7.1.47.4 L'équipe met en oeuvre 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'usager.

Conseils



Les interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- L'organisation de l'environnement physique de l'utilisateur afin de réduire au minimum l'encombrement et de placer les objets nécessaires à portée de main;
- L'enseignement de techniques d'autogestion de l'utilisateur pour se protéger contre les chutes, comme l'amélioration de sa force musculaire et de son équilibre et lui apprendre à bien tomber sans se faire mal;
- La revue de la pertinence des médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils suppléants pour améliorer la sécurité et la mobilité de l'utilisateur.

Les interventions sélectionnées respectent la procédure organisationnelle sur l'utilisation de mesures de contrôle.

L'information recueillie au cours de l'évaluation est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Elle est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 7.1.47.5 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.

Conseils

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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un utilisateur. Les chutes et les blessures qui en découlent qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents.



La procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 7.1.47.6 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- Les stratégies préventives qui interpellent l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire, comme le partage de l'état de mobilité de l'utilisateur sur son tableau de communication;



- Les stratégies qui permettent aux membres de l'équipe de réduire les risques de chutes et de blessures lorsqu'ils offrent un soutien aux usagers;
- Ce qu'il faut faire lorsqu'une chute ou une blessure qui en découle se produit dans le milieu de soins, ou dans un espace public, y compris la déclaration d'un incident ou accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 7.1.47.7 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :



- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés aux chutes et aux blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

7.1.48 L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

7.1.48.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer les risques d'atteinte à l'intégrité de la peau d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué



et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de procéder à un repérage de l'intégrité de la peau de tous les usagers. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 7.1.48.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour 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.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, une évaluation complète est réalisée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'usager peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée avec des outils d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes qui reflètent les soins et services prodigués, le milieu de soins, et les populations desservies.

Les outils d'évaluation sélectionnés peuvent inclure des méthodes permettant d'évaluer notamment :

- La couleur de la peau, son humidité, sa température, sa texture, son élasticité et la présence de lésions ou de déchirures;



- La perception sensorielle de l'utilisateur, son activité physique, sa mobilité et son exposition à la friction, au cisaillement, à l'humidité et aux facteurs de risques environnementaux;
- La capacité de l'utilisateur à gérer sa propre intégrité cutanée, y compris le maintien d'une bonne hygiène, d'une saine alimentation et d'un bon apport hydrique;
- Les risques associés aux comorbidités, comme le diabète, ou les risques associés aux interventions planifiées, comme la chirurgie ou les thérapies anticancéreuses.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

7.1.48.3 L'équipe met en oeuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- La mise en oeuvre de stratégies visant à optimiser l'intégrité de la peau, comme la mobilité, l'hydratation, la nutrition et l'utilisation de crèmes protectrices;
- La réalisation des réévaluations;
- La revue des médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité de la peau;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils comme des lève-personnes, des coussins ou matelas à réduction de pression.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.



- 7.1.48.4 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.

Conseils

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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager.

Il est question d'atteinte nosocomiale à l'intégrité de la peau 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.

La procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incident et accident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les préjudices et optimiser 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance d'optimiser l'intégrité de la peau;
- L'identification des risques évitables et non évitables pour l'intégrité de la peau;
- L'importance d'évaluer les surfaces et les dispositifs qui sont en contact avec la peau;
- L'importance d'évaluer les dispositifs qui pénètrent la barrière cutanée, comme les perfusions intraveineuses;
- La déclaration des atteintes nosocomiales à l'intégrité de la peau à titre d'incident et accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 7.1.48.6 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques



et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement afin d'optimiser l'intégrité de la peau.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les blessures et à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à l'atteinte de l'intégrité de la peau dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière d'optimisation de l'intégrité de la peau.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

7.1.49 L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

7.1.49.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.



Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de thromboembolie veineuse d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme celui où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Les outils de repérage sélectionnés identifient les facteurs de risque de thromboembolie veineuse, tels que les antécédents de thromboembolie veineuse, la mobilité réduite, l'âge avancé, les problèmes de santé et toutes formes d'intervention y compris les procédures chirurgicales.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer le risque de thromboembolie veineuse chez tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 7.1.49.2 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.

Conseils



Les outils d'aide à la décision clinique fournissent à l'équipe, y compris l'utilisateur, des informations fondées sur des données probantes pour faciliter la prise de décision. Les outils d'aide à la décision clinique peuvent être intégrés au sein d'ordonnances préétablies.

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque de thromboembolie veineuse, des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés afin de déterminer les interventions requises. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

Les informations recueillies grâce aux outils d'aide à la décision clinique sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

7.1.49.3 L'équipe met en oeuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse s'appuient sur les outils d'aide à la décision clinique et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- Des stratégies quotidiennes comme l'hydratation, la mobilisation, le positionnement et le port de vêtements amples;
- Des stratégies à plus long terme comme le maintien d'un poids santé et l'évitement d'un mode de vie sédentaire;
- Une thromboprophylaxie pharmacologique;
- Une thromboprophylaxie mécanique, comme l'utilisation d'un dispositif pneumatique intermittent.

Le moment de l'initiation, la durée et les exigences de vigilance des interventions thromboprophylactiques sont précisés et adaptés aux caractéristiques de l'utilisateur. Les caractéristiques de l'utilisateur peuvent



comprendre le risque de saignement, le poids, les fonctions physiologiques et les facteurs de risque comme les chutes et l'intégrité de la peau.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

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

Conseils

Il est question de thromboembolie veineuse nosocomiale lorsqu'un caillot de sang dans une veine ou dans les poumons est causé par une intervention de soins.

La procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration 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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un utilisateur. Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 7.1.49.5



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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir la thromboembolie veineuse. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention de la thromboembolie veineuse;
- Les orientations actuelles sur l'identification du risque de thromboembolie veineuse chez les usagers et les stratégies préventives appropriées, y compris les interventions pharmacologiques et mécaniques;
- La déclaration des incidents thromboemboliques veineux nosocomiaux comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose d'un temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.



- 7.1.49.6 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'analyse des causes profondes des incidents liés à la thromboembolie veineuse dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant la prévention de la thromboembolie veineuse;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention de la thromboembolie veineuse.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

- 7.1.50 L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.



POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication, comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins et services posthospitaliers, la relecture et la reformulation, favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente, les outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisation. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisation. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les personnes proches aidantes de répéter l'information. Les usagers et les personnes proches aidantes ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

Test(s) de conformité

- 7.1.50.1 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.
- 7.1.50.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.



- 7.1.50.3 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.
- 7.1.50.4 L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.
- 7.1.50.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
 - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.

7.1.51 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 7.1.51.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.

Conseils

Le meilleur schéma thérapeutique possible est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. Les transitions de soins ont lieu lorsqu'un usager passe d'un milieu de soins à un autre.



La procédure organisationnelle définit la manière d'obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des transitions de soins, en incluant au moins les éléments suivants :

- Des entretiens virtuels ou en personne avec l'utilisateur, ou la personne responsable de la gestion des médicaments de cet usager. 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, les suppléments et tous les remèdes traditionnels ou complémentaires;
- La vérification de la liste des médicaments obtenue de l'utilisateur auprès d'au moins une autre source d'information fiable. Les sources d'information peuvent provenir du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire, du dossier santé de l'utilisateur, de la liste des médicaments au congé de l'hôpital ou de la feuille d'administration des médicaments.

La procédure organisationnelle est à jour et fondée sur des données probantes. La procédure identifie les transitions de soins au cours desquelles le meilleur schéma thérapeutique possible de l'utilisateur doit être réalisé. À titre d'exemples, il peut s'agir de la transition d'un usager vers ou depuis un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, un milieu de soins et services ambulatoires comme une clinique d'oncologie, ou un milieu de soins et services primaires où les médicaments sont gérés.

Le meilleur schéma thérapeutique possible est consigné dans le dossier santé de l'utilisateur. L'information est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 7.1.51.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.

Conseils

Les divergences entre les médicaments non résolues, qu'elles soient intentionnelles ou non, peuvent entraîner des erreurs de médication et causer un préjudice à l'utilisateur, occasionner des rencontres cliniques non planifiées et des coûts connexes pour le système de santé. Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une



prescription inappropriée et à la duplication des médicaments ayant une action thérapeutique.

Les divergences entre les médicaments sont identifiées et documentées par un membre au sein de l'équipe ayant les compétences pour le faire. Le meilleur schéma thérapeutique possible est comparé à ce qui a été récemment prescrit ou à ce qu'il est prévu de prescrire.

Les divergences identifiées sont documentées et communiquées au prescripteur de l'ordonnance. Les divergences sont résolues de manière opportune conformément à la procédure organisationnelle.

La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. Toutefois, le risque de divergences entre les médicaments est considérablement réduit lorsque le meilleur schéma thérapeutique possible est établi avant la rédaction d'une ordonnance. L'utilisation de technologies de l'information interopérables contribue à rendre le bilan comparatif des médicaments plus fiable et plus efficace.

Tous changements de médication sont discutés avec l'utilisateur afin de s'assurer qu'ils reflètent ses objectifs et ses préférences de traitement. Ces discussions permettent à l'utilisateur de comprendre quels médicaments doivent être arrêtés ou modifiés, quelles sont les interactions potentielles avec les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tout remède traditionnel ou complémentaire, et comment se départir des médicaments inutiles.

La liste précise des médicaments est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 7.1.51.3 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.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents afin d'éviter les préjudices, réduire les erreurs et atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des



événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager.

Les incidents liés au maintien d'une liste précise de médicaments lors des transitions de soins comprennent les cas où le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué, est effectué de façon incorrecte ou n'est pas effectué en temps opportun et aurait pu causer un préjudice ou a causé un préjudice à un usager.

La procédure de déclaration des incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 7.1.51.4 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 transitions de soins.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les résidents et les fellows participent aux activités d'apprentissage requises avant de prodiguer des soins et services.



Les thèmes d'apprentissage liés aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- Les stratégies pour faire participer activement l'usager dans la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, y compris l'évaluation de la connaissance des médicaments de l'usager;
- La communication des changements de médication lors des transitions de soins;
- La formation sur les outils d'aide à la décision clinique du bilan comparatif des médicaments de l'établissement et sur la technologie interopérable;
- La déclaration des incidents liés au maintien d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées conformément à la procédure organisationnelle.

- 7.1.51.5 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 transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils



L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles concernant le bilan comparatif des médicaments, y compris l'évaluation de la fiabilité et de l'exactitude des meilleurs schémas thérapeutiques possibles et l'évaluation des taux de résolution des divergences entre les médicaments et de la rapidité d'exécution;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à la tenue à jour d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur sur l'applicabilité de la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.



- 7.1.52 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à évaluer l'admissibilité d'un usager aux soins critiques selon les critères préétablis.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure comprend des critères d'admission en soins critiques, permettant de déterminer si l'usager a besoin de soins critiques et d'établir le niveau de soins approprié selon son état. Les critères d'admission englobent le risque de décompensation imminente ainsi que le pronostic et le potentiel de bénéfice d'un séjour aux soins critiques pour l'usager.

L'application de la procédure organisationnelle permet de déterminer et de s'assurer que les soins et services offerts par l'équipe répondent aux besoins et aux préférences de l'usager en ce qui concerne le niveau d'intervention thérapeutique, et de cerner les besoins immédiats et urgents de l'usager afin d'établir les priorités en matière de soins et services.

La procédure comprend des processus adaptés à l'usager, tenant compte de la diversité de ses besoins, tels que la langue, la culture, le niveau de scolarité, le style de vie et les compétences. Les points de vue de tous les membres de l'équipe, y compris les médecins, le personnel infirmier et les inhalothérapeutes, sont pris en compte.

Les établissements ayant plusieurs installations doivent normaliser ce processus dans l'ensemble de leurs équipes de soins critiques en tenant compte de l'expertise locale et de leurs ressources.

- 7.1.53 L'équipe sélectionne les épreuves diagnostiques les moins invasives pour obtenir l'information nécessaire.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le confort de l'usager est pris en compte au moment de déterminer l'ordre dans lequel les épreuves sont réalisées. Dans la mesure du possible, plusieurs épreuves sont effectuées simultanément.



- 7.1.54 L'équipe veille à faciliter la communication orale ou à recourir à d'autres moyens adaptés lorsque l'utilisateur est dans l'incapacité de communiquer oralement.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe collabore activement avec la ou les personnes proches aidantes en valorisant leur rôle dans le processus de communication. Elle maintient une communication ouverte et transparente en répondant aux questions et en fournissant des informations claires sur la condition de l'utilisateur et les procédures en cours ou à venir. Cette approche permet de réduire le stress des personnes proches aidantes et de favoriser une compréhension mutuelle, essentielle pour accompagner l'utilisateur qui éprouve des difficultés à communiquer oralement. Dans les cas où l'utilisateur n'est pas capable de communiquer oralement, l'équipe peut utiliser des supports visuels, comme des pictogrammes et des échelles visuelles, et poser des questions fermées pour faciliter la communication.

- 7.1.55 L'équipe effectue régulièrement un repérage du délirium chez l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le délirium peut prolonger la durée de séjour, contribuer à des déficiences cognitives à long terme et entraîner le retrait d'appareils médicaux par l'utilisateur, notamment l'auto-extubation ou le retrait de cathéters.

L'équipe adapte la fréquence du repérage en fonction de l'évolution de l'état de l'utilisateur et met en œuvre des interventions servant à prévenir le délirium. Les interventions peuvent comprendre une approche normalisée en matière de douleur et de sédation, des exercices physiques et une mobilisation précoce de l'utilisateur, de même que la participation de sa ou ses personnes proches aidantes. Pour soutenir ces interventions, on incite à faire appel à des physiothérapeutes ou à des ergothérapeutes en leur réservant du temps pour les unités de soins critiques.

Il est recommandé d'utiliser des mesures et des cibles pour évaluer la stratégie de l'équipe en matière de prévention ou de gestion du délirium dans les unités de soins critiques.

Des exemples de mesures peuvent comprendre :



- le pourcentage d'usagers ayant subi un dépistage pour le délirium;
- le pourcentage d'usagers atteints de délirium tel qu'identifiés par le dépistage;
- le pourcentage de conformité aux stratégies non pharmacologiques;
- le nombre d'extubations imprévues pour 1 000 jours de ventilation effractive.

7.1.56 L'équipe évalue l'usager pour repérer les signes de septicémie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La sepsie survient si la réaction du corps en présence d'une infection compromet la sécurité des tissus et des organes, ce qui peut entraîner la défaillance de plusieurs organes ou le décès si la septicémie n'est pas traitée rapidement.

Des exemples de stratégies pour la prévention, la détection rapide et le traitement de la septicémie peuvent comprendre :

- la détection et le traitement des infections pouvant entraîner une septicémie, par exemple une pneumonie acquise dans la communauté ou une infection des voies urinaires;
- la détermination et la réduction des facteurs de risque qui dépendent de l'usager ou d'une conséquence non intentionnelle des soins, par exemple l'âge, une maladie chronique, une grossesse, un bébé prématuré ou un nouveau-né, une splénectomie ou la présence d'implants médicaux.

Ces facteurs peuvent aggraver et accroître le risque d'infection ou faire progresser une septicémie.

L'usager qui contracte une septicémie reçoit des interventions rapides conformément à des lignes directrices fondées sur des données probantes. Il est recommandé d'utiliser des mesures et des cibles afin d'évaluer la stratégie de l'équipe pour la prise en charge de la septicémie aux soins critiques.

Des exemples de mesures peuvent comprendre :

- le pourcentage d'usagers atteints de septicémie qui reçoivent des antibiotiques intraveineux dans les trois heures suivant la présentation;
- le pourcentage d'usagers atteints de maladies septiques avec prélèvements d'hémocultures avant l'administration d'antibiotiques par intraveineuse;
- le pourcentage d'usagers atteints de maladies septiques et soumis à une épreuve de remplissage adaptée contre l'hypotension ou la lactatémie dans le délai imparti.



- 7.1.57 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour évaluer le degré de sédation de l'utilisateur sur une base régulière.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le degré de sédation de l'utilisateur devrait être surveillé au moyen d'un ou plusieurs outils d'aide à la décision clinique de façon à orienter les soins et services.

Le degré de sédation visé dépend de l'état de l'utilisateur. L'objectif étant d'utiliser la plus petite quantité possible de sédatifs pour atteindre les objectifs cliniques. Une sédation insuffisante peut entraîner de la douleur et de l'anxiété chez l'utilisateur, en plus d'augmenter le risque d'auto-extubation, tandis que la sursédation peut interférer avec l'évaluation du statut neurologique de l'utilisateur, augmenter les risques de pneumonies sous ventilation assistée et contribuer à prolonger la durée de la ventilation mécanique et la durée de séjour. Une sédation adéquate est particulièrement importante pendant la paralysie en raison de l'utilisation de bloqueurs neuromusculaires.

- 7.1.58 L'équipe évalue la glycémie sur une base régulière et au besoin selon l'état de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le milieu des soins critiques, l'hyperglycémie et l'hypoglycémie sont des risques qui concernent à la fois l'utilisateur diabétique et celui n'étant pas atteint de cette affection. Une gestion efficace de la glycémie peut contribuer à réduire la morbidité et la mortalité. L'utilisation d'outil d'aide à la décision clinique permettant de repérer, d'établir des taux cibles de glycémie, des délais à respecter quant à la surveillance des glycémies et de l'état de l'utilisateur ainsi que le dosage optimal de l'insuline contribuent à une gestion sécuritaire des glycémies.

- 7.1.59 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à prévenir les erreurs lors de perfusions intraveineuses multiples.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Dans des milieux à risques élevés, la manipulation de perfusions intraveineuses multiples comporte des risques particuliers en matière de sécurité, notamment le risque que des tubes de perfusion soient interchangés et qu'un mauvais médicament soit administré à l'utilisateur par inadvertance. La procédure comprend des stratégies pour contribuer à prévenir les erreurs, notamment par des activités d'apprentissage continues.

- 7.1.60 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à mettre en œuvre les interventions nécessaires pour la prévention et le traitement des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux chez l'utilisateur porteur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Pour prévenir les infections liées à l'insertion d'un cathéter central, plusieurs stratégies peuvent être adoptées, telles que l'hygiène des mains, les précautions stériles maximales, l'utilisation de préparations de chlorhexidine dans l'antisepsie cutanée et la sélection du site de cathéter optimal.

En ce qui concerne l'entretien des cathéters centraux, il est recommandé de vérifier quotidiennement la nécessité de maintenir le cathéter, d'utiliser une voie réservée à la nutrition parentérale, d'accéder aux voies de façon aseptique et de vérifier le point d'insertion régulièrement afin de détecter rapidement les signes d'inflammation.

Il est également recommandé d'utiliser des mesures et des cibles pour évaluer la stratégie de l'équipe en matière de prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux dans les unités de soins critiques.

Des exemples de mesures peuvent comprendre :

- le taux de bactériémies liées aux cathéters centraux par 1 000 jours-cathéter;
- le pourcentage de conformité aux stratégies de prévention liées à l'insertion des cathéters centraux;
- le pourcentage de conformité aux stratégies de prévention liées à l'entretien des cathéters centraux.

- 7.1.61 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à mettre en œuvre des interventions pour l'utilisateur ayant besoin d'un cathéter urinaire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'usager qui nécessite un cathéter urinaire court un risque accru de contracter des infections cystiques ou rénales. Pour prévenir ces infections, plusieurs stratégies peuvent être adoptées, telles que l'installation du sac urinaire sous le niveau de la vessie pour prévenir le « reflux », le vidage régulier du sac et l'évaluation quotidienne de la situation pour déterminer si le cathéter urinaire demeure nécessaire.

En cas d'infection des voies urinaires, des interventions précoces sont essentielles et doivent être conformes aux lignes directrices fondées sur des données probantes.

Il est recommandé d'utiliser des mesures et des cibles pour évaluer la stratégie de l'équipe en matière de prévention des infections des voies urinaires liées aux cathéters dans les unités de soins critiques.

Des exemples de mesures peuvent comprendre :

- le taux d'infections des voies urinaires liées aux cathéters;
- le pourcentage de conformité aux stratégies de prévention liées à l'insertion des cathéters urinaires;
- le pourcentage de conformité aux stratégies de prévention liées à l'entretien des cathéters urinaires.

7.1.62 L'équipe met en œuvre les interventions nécessaires pour la prévention et le traitement de la pneumonie acquise sous ventilation assistée pour l'usager intubé, sous trachéostomie ou sous ventilation mécanique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Pour prévenir la pneumonie acquise sous ventilation assistée, plusieurs stratégies de prévention peuvent être mises en place, telles que :

- l'élévation de la tête du lit;
- l'évaluation quotidienne visant à déterminer si l'usager est prêt pour l'extubation;
- intubation orale plutôt que nasale pour accéder à la trachée ou à l'estomac;
- l'utilisation de canules trachéales d'aspiration sous-glottique pour le drainage des sécrétions sous-glottiques;
- l'hygiène buccale comprenant un brossage de dents conformément au protocole de l'établissement.



Il est également recommandé d'utiliser des mesures et des cibles pour évaluer la stratégie de l'équipe en matière de prévention de la pneumonie acquise sous ventilation assistée dans les unités de soins critiques.

Des exemples de mesures peuvent comprendre :

- le taux de pneumonie acquise sous ventilation assistée dans les unités de soins critiques par 1 000 jours de ventilation;
- le pourcentage de conformité aux stratégies de prévention de la pneumonie acquise sous ventilation assistée.

7.1.63 L'équipe collabore avec les autres équipes de l'établissement afin de déterminer le processus de surveillance de l'usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le processus de surveillance inclut une vigilance collective où les données sont collectées, analysées et interprétées afin d'identifier précocement toute détérioration chez l'usager. Ce processus comprend l'observation, l'échange d'informations entre les différentes équipes, la comparaison et consignation des données, ainsi que l'évaluation, permettant d'anticiper et de prendre des décisions éclairées visant à réduire le risque de complications. Il comprend également des mesures pour éviter des transferts inutiles aux soins critiques en évaluant si les soins et services peuvent être fournis où l'usager se situe actuellement.

7.1.64 L'équipe s'assure que le transport de l'usager vers les unités de soins critiques ou leur acheminement par ceux-ci s'effectue de façon sécuritaire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'usager est transporté de façon sécuritaire au sein de l'établissement et d'un établissement à l'autre. Un processus est utilisé pour veiller à ce que l'usager soit prêt pour le transport et à ce que l'information appropriée soit communiquée à l'équipe qui le recevra. Cela comprend le fait d'évaluer l'état clinique de l'usager et son niveau de préparation au transport, de déterminer la médication nécessaire, de s'assurer que l'équipement au point de destination est prêt, de faire un compte rendu de la situation à l'équipe qui reçoit l'usager, et d'aviser la ou les personnes proches aidantes. Le



processus de transfert comporte aussi la planification d'une ressource appropriée selon le niveau de soins requis pour accompagner l'utilisateur durant le transport.

Dans un certain nombre de provinces ou territoires, les exigences relatives au transport entre établissements sont établies par les services de santé d'urgence, par exemple l'échelle utilisée pour évaluer l'état de l'utilisateur, et l'équipement requis.

7.1.65 L'équipe respecte la procédure organisationnelle liée au programme de dons d'organes et de tissus pour les donneurs vivants et décédés.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe vérifie le Registre de dons d'organes et de tissus afin de déterminer les souhaits et l'intention déclarée du donneur potentiel. En l'absence de volonté exprimée, elle fournit à la ou les personnes proches aidantes des informations claires et complètes pour les aider à prendre une décision éclairée. Les informations transmises peuvent comprendre :

- des détails sur le processus pour consulter le registre des donneurs;
- les démarches nécessaires pour accéder au dossier santé du donneur potentiel;
- les exigences concernant les antécédents sociaux, l'examen physique et les analyses nécessaires;
- ainsi que des précisions sur la confidentialité des résultats et l'utilisation prévue des organes et tissus donnés.

Les soins et services relatifs à la procédure de don, à la suite d'un décès circulatoire, sont clairement définis et incluent une déclaration précise de la position de l'établissement pour prévenir toute confusion et uniformiser la pratique clinique. Ces soins et services tiennent également compte des besoins des receveurs potentiels, notamment pour garantir que les organes et tissus donnés répondent aux critères médicaux et aux exigences légales applicables.

Si l'établissement n'offre pas de soins et services spécifiques pour le don à la suite d'un décès circulatoire, un processus est mis en place pour répondre aux demandes des personnes proches aidantes, notamment en les orientant vers des établissements appropriés.

Lors de l'élaboration ou l'amélioration des procédures en matière de dons d'organes et de tissus, l'équipe s'assure d'impliquer des usagers, y compris des receveurs d'organes ou de tissus.



7.1.66 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'identification et l'acheminement de chaque donneur potentiel.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle doit être adaptée au type d'établissement et inclure des critères d'exclusion propres aux différents organes et tissus. Ces critères peuvent comprendre des éléments tels que l'incapacité de déterminer la cause du décès, un décès causé par la rage ou un risque élevé d'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les soins de fin de vie englobent également le choix offert au donneur potentiel de faire un don, tout en assurant que les organes et tissus prélevés répondent aux besoins spécifiques des receveurs, selon les exigences légales applicables.

7.1.67 L'équipe respecte les procédures normalisées de l'organisme de dons d'organes et de tissus.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les procédures normalisées incluent des directives détaillées pour l'identification, l'évaluation et la gestion des donneurs potentiels, tout en assurant une coordination efficace avec les organismes de dons d'organes et de tissus, les banques de tissus et les centres de transplantation. Ces procédures couvrent également les besoins des receveurs, comme la gestion des listes d'attente, l'appariement des organes et tissus, et la communication des résultats pertinents aux receveurs et aux équipes médicales impliquées.

Les procédures doivent inclure :

- l'examen physique des donneurs potentiels, les analyses sérologiques, les tests de dépistage des maladies infectieuses, ainsi que la gestion des résultats positifs de ces tests, qui doivent être communiqués aux autorités de santé et aux parties prenantes concernées, y compris les receveurs lorsque nécessaire;
- un manuel des procédures d'opérations normalisées, accessible à l'équipe et contenant des informations sur chaque procédure, telles que les objectifs, les dates d'entrée en vigueur et de révision, et les responsabilités associées. Ce manuel peut être fourni par l'organisme de dons d'organes et de tissus.



La conformité des équipes est vérifiée régulièrement par le directeur médical ou son remplaçant désigné. L'efficacité des procédures d'opérations normalisées est examinée annuellement, et des modifications peuvent être apportées en fonction des résultats.

Enfin, des protocoles fondés sur les meilleures pratiques sont appliqués pour optimiser la gestion des donneurs immédiatement après la déclaration du décès et durant les étapes d'évaluation, en assurant un suivi rigoureux de l'hémodynamique, de la glycémie, de la ventilation, de la température et d'autres paramètres critiques, tout en garantissant que ces actions répondent aux critères et attentes des receveurs potentiels.

7.2 Pratiques transversales

7.2.1 Les équipes s'assurent que l'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les autres options aux soins et services de télésanté pourraient comprendre la visite en personne ou la consultation téléphonique avec un membre de la main-d'œuvre. Les usagers devraient s'attendre à recevoir la même qualité de soins et services, peu importe leur forme.

7.2.2 Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents



sont disponibles sur au point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées. La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :

- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;
- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle ou l'utilisation de marqueurs fluorescents ou d'adénosine triphosphate (ATP).

7.2.3 Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Par exemple, l'établissement peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.



- 7.2.4 Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle ainsi que sur l'importance et la pertinence de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoire. L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les publics cibles. Le style de présentation est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension.

Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres et les écrans dans les salles d'attente.

- 7.2.5 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique portent sur les moyens de détecter une éclosion, de déterminer sa cause (y compris si elle provient d'aliments contaminés), de recueillir des données ou des échantillons pour trouver d'autres cas, ainsi que de contenir une éclosion dès qu'elle est détectée.

- 7.2.6 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe responsables de recueillir et de mettre à jour l'information sur les allergies et les réactions indésirables aux médicaments dans le profil



pharmacologique de l'utilisateur sont spécifiés. Les champs d'information relatifs aux allergies des utilisateurs dans le profil et le type de réaction, la gravité et la date à laquelle l'allergie a été identifiée sont consignés.

- 7.2.7 Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il faut consulter le profil de l'utilisateur pour vérifier toutes les « bonnes » conditions de l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.

- 7.2.8 Les équipes cliniques surveillent les utilisateurs pour les effets de la prise de médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux ou à l'efficacité clinique. Les informations pertinentes sont consignées au dossier santé de l'utilisateur. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des utilisateurs et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments.



Chapitre 8: Soins et services en oncologie (usagers inscrits)

Contexte

Ce chapitre porte sur l'évaluation des soins et services en oncologie comprenant le diagnostic, la planification des soins et services, le traitement et la planification de la transition. Les critères d'évaluation réfèrent à la radiothérapie, incluant la radiothérapie externe, la curiethérapie, et aux traitements systémiques tels que l'hormonothérapie, la chimiothérapie, les thérapies biologiques et cytotoxiques, offerts aux populations de tous âges admis en centre hospitalier et en consultation externe. L'évaluation ne couvre pas la chirurgie oncologique ni les procédures invasives. L'évaluation de ce chapitre s'appuie sur les orientations ministérielles et les meilleures pratiques en vigueur, notamment définies dans les Orientations prioritaires 2023-2030 du Programme québécois de cancérologie (MSSS, 2023).

Remarque: Les critères 35 à 45 des chapitres 2 à 8 portent sur les soins palliatifs et de fin de vie. L'utilisation du terme « objectifs de soins » dans ces critères remplace celui de « niveaux de soins » utilisé précédemment. Par ailleurs, les chapitres 2 - Soins et services d'urgence (usagers inscrits), 4 - Soins et services d'hospitalisation (usagers admis), et 7 - Soins et services critiques (usagers admis) incluent trois critères relatifs au don d'organes et de tissus, répartis en fonction de la nature des soins et services offerts.

8.1 **Épisodes de soins et services - Soins et services en oncologie (usagers inscrits)**

8.1.1 L'équipe adopte une approche inclusive dans l'ensemble de sa prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une approche inclusive nécessite une ouverture réelle par l'équipe envers la diversité sous toutes ses formes. Cette approche tient compte des dimensions identitaires, des déficits intellectuels, physiques, et sensoriels ainsi que celles d'appartenance culturelle ou religieuse, des croyances et des pratiques culturelles et spirituelles, de l'âge, des



expériences de vie antérieures et des traumatismes potentiels, ainsi que du statut socioéconomique. Ces dimensions comprennent également la diversité sexuelle et la pluralité des genres.

L'équipe veille à utiliser un langage neutre, évitant toute présomption concernant l'identité, l'orientation sexuelle, les capacités physiques ou intellectuelles, ou la structure familiale d'un usager dans ses interactions avec celui-ci. Cette approche permet la reconnaissance de l'identité de l'usager dans le système de santé en entier, peu importe sa porte d'entrée et tout au long du continuum de soins et services.

En adoptant cette approche, l'équipe veille à ce que l'usager soit considéré avec respect et bienveillance, tout en prenant en compte de ses changements de prénom usuel ou de pronoms, même si ceux-ci diffèrent de ceux inscrits au dossier santé ou aux documents officiels. L'équipe encourage l'utilisation des bons prénoms usuels ou des pronoms choisis par l'usager et, dans la mesure du possible, indique ces derniers au dossier santé. L'inclusion de la famille choisie, c'est-à-dire de sa ou ses personnes proches aidantes ou de son ou de ses partenaires de vie qui ne font pas partie de la famille au sens légal ou biologique, est également favorisée afin de respecter l'hétérogénéité des structures familiales possibles. De plus, le respect de l'identité du genre est appliqué en tout temps, même lorsque l'usager n'est pas présent et ce respect s'applique également à sa ou ses personnes proches aidantes.

L'équipe respecte le rythme de dévoilement de l'usager et fait preuve d'humilité à cet égard, reconnaissant que l'expression de l'identité de l'usager ne lui appartient pas. Ainsi, il faut éviter de poser des questions de nature intrusive et laisser l'usager dévoiler les informations pertinentes à son identité au rythme qui lui convient. Si des questions de nature délicate doivent être posées, l'équipe en explique la raison.

8.1.2 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la confidentialité des renseignements personnels de l'usager.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La notion de confidentialité comprend la protection de la vie privée et des renseignements personnels. L'usager a le droit de savoir comment ses renseignements sont utilisés et comment accéder à son dossier santé ainsi qu'aux renseignements qui le concernent.



Si l'équipe doit partager des renseignements avec la ou les personnes proches aidantes de l'utilisateur, une tierce personne, ou une autre entité hors établissement, comme des organismes communautaires ou des cliniques privées, l'équipe s'assure d'obtenir le consentement de l'utilisateur durant la prestation des soins et services. Ce consentement peut être obtenu au moment de désigner sa ou ses personnes proches aidantes auxquelles l'utilisateur donne l'accès à ses renseignements.

8.1.3 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique afin de soutenir les usagers vivant en contexte de vulnérabilité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique, tels que des outils de dépistage et d'évaluation reconnus, des guides de pratique cliniques, des protocoles de soins, des outils d'intervention, des fiches techniques et des plans d'intervention. Ces outils permettent d'identifier les interventions appropriées, qu'elles soient cliniques, psychosociales ou autres, afin de répondre de manière globale et adaptée aux besoins de l'utilisateur. Ils contribuent également à réduire les variations inattendues dans les pratiques et à assurer une approche intégrée et standardisée.

8.1.4 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à traiter les plaintes en matière de violations des droits de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il est important que l'équipe soutienne l'utilisateur dans sa démarche pour formuler toute plainte de violation des droits de l'utilisateur. Cette démarche contribue à maintenir une relation positive et de confiance avec l'utilisateur. Elle permet également à l'utilisateur de continuer à recevoir des soins et services de qualité, sans crainte de représailles.

Selon la procédure en vigueur, les plaintes peuvent être présentées par l'utilisateur, le mandataire, la ou les personnes proches aidantes, ou toute personne ayant été témoin d'une situation de violations des droits de l'utilisateur. L'équipe favorise un environnement dans lequel chacun se sent en sécurité pour exprimer ses préoccupations et formuler ses plaintes.



Les plaintes peuvent porter sur des questions de sécurisation culturelle et de stigmatisation. Elles peuvent également être liées à des violations de la confidentialité des informations de santé. L'équipe informe l'utilisateur de la procédure organisationnelle pour déposer une plainte, signaler une violation de ses droits ou faire part de ses préoccupations. L'équipe fournit également à l'utilisateur des informations sur les partenaires au sein et à l'extérieur de l'établissement qui peuvent l'aider à exprimer ses préoccupations ou à déposer une plainte, comme les défenseurs des droits des usagers, les ordres professionnels ou les commissaires à la protection de la vie privée. Ces partenaires restent neutres et objectifs lorsqu'ils consultent ou conseillent l'utilisateur afin d'aider à résoudre les déséquilibres de pouvoir que l'utilisateur peut rencontrer lorsqu'il éprouve des insatisfactions avec les membres de l'équipe, les gestionnaires ou l'établissement dans son ensemble.

La procédure organisationnelle protège l'anonymat, la confidentialité et la sécurité des informations du rapport même et de la personne qui remplit ce rapport. Cette procédure rassure l'utilisateur dans l'éventualité où il dépose une plainte, signale une violation de ses droits ou fait part de ses préoccupations, ces actions ne limiteront pas ou n'affecteront pas négativement ses soins et services. La procédure comprend des moyens pour respecter la confidentialité des rapports, gérer les incidents et l'escalade, ainsi que pour définir les délais de réponse attendus.

8.1.5 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à évaluer l'aptitude de l'utilisateur à prendre des décisions éclairées sur ses soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'incapacité de l'utilisateur à prendre une décision éclairée sur ses soins et services a des répercussions importantes sur le maintien de ses droits à ces soins et services et sur la planification, la prestation et les résultats de ceux-ci. L'utilisateur est présumé apte, à moins qu'il y ait des preuves manifestes que l'utilisateur n'a pas la capacité de prendre une décision précise en matière d'un soin ou d'un service qui s'impose. L'utilisateur est informé, selon un langage qu'il peut comprendre, qu'il fait l'objet d'une évaluation de l'aptitude.

L'utilisateur est soutenu dans l'atteinte et la démonstration de ses capacités de diverses façons. Par exemple, l'utilisateur peut avoir le temps de réfléchir ou d'assimiler l'information, ou de recevoir le soutien d'un membre de l'équipe ou d'un défenseur. Si des conditions temporaires interfèrent avec la capacité de l'utilisateur à prendre des décisions, comme la sédation, l'intoxication, le délirium ou la douleur, il faut attendre que ces conditions se soient estompées avant d'évaluer sa capacité. L'aptitude à consentir peut varier dans le



temps et nécessiter une évaluation en continu. Si un usager n'est pas en mesure de donner son consentement, ses décisions en matière de soins et services peuvent être prises par l'entremise d'un mandataire, conformément aux lois applicables.

L'équipe, y compris l'utilisateur et son mandataire, comprend les lois applicables liées à la prise de décisions par le mandataire. L'information sur ces sujets est communiquée en temps opportun et dans un format clair et approprié pour chaque public cible.

8.1.6 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à obtenir, de façon itérative et continue, le consentement éclairé, libre et volontaire de l'utilisateur à recevoir des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le consentement est obtenu avant chaque intervention ou procédure, aux points de transition de soins et au moment du congé ou d'un transfert.

Le consentement éclairé et volontaire de l'utilisateur fait partie intégrante du droit de l'utilisateur de prendre des décisions concernant ses soins et services et de ce qui arrive à sa personne. Les renseignements sur les options de soins et services, leurs avantages, risques et solutions de rechange sont communiqués à l'utilisateur de façon claire et en temps opportun. L'utilisateur a le temps de passer en revue les renseignements, de les comprendre et d'obtenir des réponses à ses questions avant qu'on lui demande de donner son consentement.

Le consentement peut être implicite, généralement par le comportement ou les actions d'un usager, ou il peut être explicite, verbalement ou par écrit. Dans les cas où les pressions opérationnelles peuvent être perçues comme influant sur le consentement, le recours au consentement implicite est évité et des mesures sont prises pour confirmer que ce consentement est possible, éclairé et volontaire. Les normes de pratique pour les professionnels de la santé et les procédures organisationnelles définissent les activités de soins et services qui nécessitent un consentement explicite.

Tout problème qui peut interférer avec la capacité de l'utilisateur à donner un consentement éclairé et volontaire est cerné et considéré de manière proactive, favorisant un environnement sécuritaire et non coercitif. Si un usager n'est pas en mesure de donner son consentement, ses décisions en matière de soins et services peuvent être prises par l'entremise d'un mandataire, conformément aux lois applicables.



L'utilisateur est toujours informé des prises de décisions concernant ses soins et services et y participe autant que possible. En cas d'urgence, l'obtention d'un consentement peut ne pas être possible. Si un souhait particulier est formulé par l'utilisateur concernant sa situation, ce souhait est respecté. Tous les renseignements requis, y compris les obstacles perçus à la réception d'un consentement éclairé et volontaire d'un usager, sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur par un membre autorisé de l'équipe.

8.1.7 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à respecter le rôle du mandataire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un mandataire est nécessaire lorsque l'utilisateur est incapable de prendre lui-même une décision en matière de soins et services ou celle se rapportant à d'autres soins personnels. Le mandataire agit au nom de l'utilisateur et est considéré comme un membre actif de l'équipe.

L'équipe travaille avec l'utilisateur pour l'aider à comprendre le rôle du mandataire et l'importance d'identifier une personne pour assumer cette fonction. Dans la mesure du possible, l'équipe doit faire participer l'utilisateur quant au choix du mandataire.

L'équipe recueille des informations sur le mandataire de l'utilisateur, notamment son nom, sa relation avec l'utilisateur et ses coordonnées. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur et son dossier santé.

L'équipe aide le mandataire à s'acquitter de ses responsabilités en matière de prise de décision. Le mandataire a l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de participer aux conversations sur les options en matière de soins et services.

8.1.8 L'équipe respecte la procédure organisationnelle afin d'accompagner l'utilisateur qui exprime la volonté de mettre fin aux soins et services, de les limiter, ou d'être transféré vers un autre prestataire de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'utilisateur peut, en tout temps et à tout moment, demander de poursuivre ses soins et services avec un autre prestataire ou une autre équipe. Un effort doit être fait pour comprendre le raisonnement derrière la demande, afin d'accommoder celle-ci de manière appropriée. Ainsi, dans les situations où la demande est motivée par des propos discriminatoires ou des préjugés, l'équipe doit accompagner l'utilisateur afin de discuter de ses motivations et d'engager une réflexion respectueuse.

Les risques, de même que la disponibilité potentielle liée au transfert, ainsi que les autres services communautaires accessibles après le transfert sont passés en revue avec l'utilisateur.

Un cadre d'éthique ou décisionnel fondé sur les valeurs est utilisé pour travailler avec l'utilisateur qui a choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans ces démarches afin de parvenir à un résultat juste et équitable pour tous.

8.1.9 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à permettre à l'utilisateur d'identifier sa ou ses personnes proches aidantes qui intégreront l'équipe.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le cadre de ses soins et services, l'utilisateur peut choisir de faire participer sa ou ses personnes proches aidantes. L'utilisateur définit la façon dont il souhaite que sa ou ses personnes proches aidantes participent à ses soins et services. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur. La ou les personnes proches aidantes peuvent jouer un rôle essentiel dans les soins et services de cet usager et font partie de l'équipe selon ses souhaits.

La procédure organisationnelle prévoit des entretiens avec l'utilisateur, et précise que l'équipe doit pleinement informer l'utilisateur en quoi consiste une personne proche aidante, des raisons pour lesquelles il peut vouloir se doter d'une telle personne et des étapes à suivre pour choisir une ou plusieurs personnes proches aidantes. Ces étapes sont mises en œuvre lorsque l'utilisateur n'est pas en situation de crise ou à haut risque pour lui-même ou pour autrui et qu'il est apte à donner son consentement. Le consentement de l'utilisateur est un processus itératif et continu qui peut changer à tout moment.



L'équipe discute avec l'usager des personnes autorisées à participer à ses soins et services afin de lui permettre de révéler, en toute sécurité et confidentialité, si la présence ou la participation d'une personne n'est pas souhaitable.

8.1.10 L'équipe facilite l'accès à des soins et services pouvant répondre aux besoins des personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe reconnaît que la ou les personnes proches aidantes choisies par l'usager peuvent avoir leurs propres besoins en matière de soins et services. Ces besoins peuvent viser à favoriser leur propre santé et leur bien-être ou à leur permettre de participer activement aux soins et services de l'usager. La ou les personnes proches aidantes peuvent être affectées par la santé de l'usager, n'avoir que peu ou pas de formation, d'expérience ou de soutien pour y faire face.

L'équipe fournit ou facilite l'accès aux soins et services pour la ou les personnes proches aidantes, que ce soit à l'intérieur de l'établissement ou au sein de ressources communautaires. Ces soins et services peuvent inclure des programmes d'autogestion pour renforcer les capacités de la personne à faire face à sa situation, des groupes de soutien et des organismes communautaires pour favoriser l'intégration sociale, ainsi que des services de répit pour soutenir son réseau familial.

8.1.11 L'équipe favorise la pleine participation de l'usager tout au long du continuum de soins et services par le partage de renseignements complets.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'usager est informé de ses droits et responsabilités avant toute prestation de soins et services. Les responsabilités de l'usager comprennent la considération des autres avec respect, la communication de renseignements exacts, le signalement des risques pour la sécurité et le respect de la réglementation.

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle pour un choix éclairé et pour la prise de décisions de l'usager. L'usager reçoit l'information dont il a



besoin pour prendre des décisions sur ses soins et services. Les renseignements sont transmis en fonction des besoins et des préférences de l'utilisateur, ainsi que de sa ou ses personnes proches aidantes, si l'utilisateur le souhaite. Cela prend en compte son niveau de compréhension, d'alphabétisation ainsi que de sa langue et de sa culture. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'utilisateur en temps opportun, de manière claire et adaptée.

Différents moyens de communication peuvent être utilisés selon le contexte et la nature de l'information à transmettre. Par exemple, des sujets plus sensibles ou complexes peuvent nécessiter une approche plus structurée que des échanges de nature plus routinière.

L'équipe s'assure que l'utilisateur est pleinement intégré dans le processus décisionnel à chaque étape. L'utilisateur est informé des risques et des bienfaits des soins et services, des interventions proposées, ainsi que des ressources disponibles, y compris des groupes de soutien, des soins et services en cas de situation urgente et la façon de joindre les membres de l'équipe.

L'équipe favorise également l'autogestion de l'utilisateur par l'éducation et l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, lui permettant ainsi de maintenir son autonomie et d'améliorer son état de santé et sa qualité de vie. L'équipe encourage les questions, les commentaires et veille à ce que les renseignements soient compris, afin que l'utilisateur puisse prendre des décisions en toute confiance et selon ses préférences.

8.1.12 L'équipe utilise une approche de prise de décision d'ordre éthique pour soutenir la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les questions d'ordre éthique comprennent des situations où des valeurs peuvent être conflictuelles, rendant la décision difficile à prendre. Ces questions peuvent être complexes et poser un risque à la vie de l'utilisateur. Elles peuvent aussi être liées aux activités quotidiennes. On compte notamment les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre avec des risques, ainsi que les demandes de retrait ou de cessation de certains soins ou services. L'équipe est incitée à se référer au cadre éthique organisationnel et aux principes directeurs identifiés dans le plan stratégique de l'établissement pour orienter ses décisions. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans les cas où des décisions complexes doivent être prises.



- 8.1.13 L'équipe communique à l'usager les possibilités de participation aux projets de recherche en cours et aux projets d'amélioration de la qualité.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'usager a le droit d'être informé des possibilités de participer à des activités de recherche. Il peut contribuer à ces projets soit à titre de participant ou à titre d'expert en la matière agissant comme chercheur contributeur ou cochercheur. Les personnes souhaitant participer à des projets de recherche doivent être informées de ces activités ainsi que de la façon d'obtenir des informations supplémentaires sur les modalités de participation. Si la recherche fait partie du mandat de l'établissement, les équipes devraient être à l'affût des recherches en cours et offrir à l'usager la possibilité d'y participer.

De la même manière, l'usager peut également être invité à participer aux projets d'amélioration de la qualité, en cours dans l'établissement.

L'équipe suit une procédure d'examen éthique pour déterminer quand il convient de faire participer un usager à une activité de recherche, conformément au cadre d'éthique de la recherche en vigueur dans l'établissement.

- 8.1.14 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à déclarer un incident ou accident lié à la sécurité de l'usager survenu lors de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les incidents et accidents liés à la sécurité sont définis au sein de la procédure.

Un incident ou accident lié à la sécurité est un événement ou une situation qui aurait pu ou a causé un préjudice à un usager. Les incidents ou accidents liés à la sécurité de l'usager peuvent comprendre des erreurs de médication, d'intervention ou de test diagnostique, des blessures, des chutes ou des problèmes de matériel ou d'équipement, de communication, d'identification de l'usager, de bris de confidentialité, de violence ou d'agression.

La procédure organisationnelle est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes. Elle indique quels types d'incidents ou d'accidents doivent être signalés,



comment les signaler et à qui. La procédure est simple, claire, confidentielle et axée sur l'amélioration du système.

L'équipe consigne l'incident ou l'accident lié à la sécurité dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents ou accidents liés à la sécurité. L'information est partagée avec les membres de l'équipe appropriés.

- 8.1.15 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à divulguer un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur survenu lors de la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les incidents et accidents liés à la sécurité sont définis au sein de la procédure.

La divulgation est un droit pour l'utilisateur et une obligation pour l'établissement, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Ce processus formel implique une discussion ouverte entre l'utilisateur ou, s'il est inapte, son mandataire, et la personne responsable du suivi au sujet d'un incident ou accident lié à la sécurité de l'utilisateur.

La divulgation soutient l'amélioration de la sécurité, favorise le rétablissement des personnes concernées, contribue au maintien de la confiance et constitue un moyen de communication tout au long du processus de gestion de l'accident ou l'incident. La divulgation est un processus dans lequel plusieurs conversations de divulgation ont lieu au fil du temps, en commençant par la divulgation initiale et en progressant vers la divulgation à la suite de l'analyse, une fois que les causes de l'événement sont connues.

La procédure organisationnelle décrit les événements liés à la sécurité qui doivent être divulgués, la personne qui dirige et soutient le processus de divulgation, ce qui doit être communiqué et à qui, quand et comment divulguer des informations sur l'incident ou l'accident et comment documenter la divulgation. La procédure décrit également les types de soutien qui peuvent être offerts à l'utilisateur et aux autres personnes impliquées dans l'incident ou l'accident découlant de la prestation de soins et services.

L'équipe consigne la divulgation dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents ou accidents liés à la sécurité. L'équipe collabore avec l'utilisateur afin de connaître son expérience concernant le processus de divulgation. Cette rétroaction est documentée par l'équipe et utilisée afin d'améliorer la procédure.



- 8.1.16 L'équipe se prépare aux situations d'urgences et aux sinistres en participant à des exercices de simulation.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ces simulations représentent des exercices concrets qui renforcent les compétences des membres de l'équipe en vue de se préparer aux situations d'urgences et aux sinistres. Compte tenu de l'évolution constante des populations et de la main-d'œuvre dans les établissements, ces simulations doivent être effectuées de façon périodique. En utilisant une approche fondée sur le travail d'équipe, les simulations sont effectuées aux intervalles attendus et de la manière décrite dans les procédures.

Chaque année, les équipes effectuent au moins une simulation physique, en personne, d'un type d'urgence ou d'un élément de la procédure d'évacuation. D'autres exercices de simulation peuvent être effectués virtuellement ou au moyen d'un exercice de simulation de table. Les exigences des autorités compétentes peuvent imposer des simulations plus fréquentes, comme les exercices d'évacuation en cas d'incendie.

Une fois la simulation terminée, les gestionnaires et les équipes effectuent un débriefage pour évaluer le déroulement, en faire un bilan, déterminer les suivis à effectuer, ou proposer d'éventuelles améliorations aux opérations futures. Les procédures sont mises à jour après les activités de simulation et à chaque fois qu'un changement dans l'environnement de l'établissement est susceptible de les affecter, comme la perte d'une salle commune ou d'un autre espace. Les équipes sont informées de toute modification des procédures et ont accès aux versions les plus à jour.

- 8.1.17 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à assurer la gestion des comportements perturbateurs et agressifs.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les comportements perturbateurs et agressifs se caractérisent par des actions, des mots ou des gestes néfastes exprimés par un usager, par sa ou ses personnes proches aidantes ou par un mandataire. Les expériences de traumatismes passés et les douleurs nouvelles ou aggravées peuvent contribuer à un comportement perturbateur et agressif.

En utilisant une approche basée sur le travail d'équipe, cette dernière suit la procédure organisationnelle pour prévenir, évaluer et gérer les comportements perturbateurs et agressifs. Cette procédure comprend des approches préventives telles que la



reconnaissance des antécédents ayant causé un comportement perturbateur et agressif ou les préférences et les habitudes de l'utilisateur.

L'équipe adopte une approche adaptée aux traumatismes, culturellement sécuritaire, pour soutenir l'utilisateur qui présente des comportements perturbateurs et agressifs. L'utilisation de mesure de contrôle se fait en dernier recours et en conformité avec la procédure organisationnelle. L'équipe travaille en collaboration afin d'identifier les causes potentielles des comportements perturbateurs et agressifs et les approches non pharmacologiques pour y remédier. Dans la mesure du possible, l'équipe calme et redirige l'utilisateur, et prend des mesures pour traiter la cause des comportements. L'adaptation de l'environnement afin de réduire ou d'augmenter les stimuli, proposer des activités ou du matériel calmant sont des stratégies d'intervention que l'équipe peut utiliser dans le but de prévenir et gérer les comportements perturbateurs agressifs.

L'équipe facilite l'accès aux professionnels appropriés pour une évaluation et un soutien lorsque les comportements perturbateurs et agressifs de l'utilisateur ne répondent pas aux stratégies mises en œuvre par l'équipe. L'équipe consigne les comportements perturbateurs et agressifs de l'utilisateur et les mesures prises pour y remédier dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé de ce dernier. L'information est partagée avec les membres de l'équipe appropriés.

L'équipe peut être sensibilisée aux comportements perturbateurs et agressifs et recevoir une formation sur la gestion de ces types de comportements, dont la formation OMEGA. Cette formation peut aider la main-d'œuvre à reconnaître, prévenir et gérer efficacement ces comportements tout en assurant la sécurité de tous. Les approches de gestion des comportements perturbateurs et agressifs peuvent également inclure les visiteurs et les personnes proches aidantes.

- 8.1.18 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'utilisation des mesures de contrôle les moins restrictives en tant que dernier recours lors de la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les mesures de contrôle physiques, chimiques ou environnementales, comme l'isolement, n'ont pas de valeur thérapeutique et ne doivent pas être utilisées dans les milieux de soins que ce soit à des fins thérapeutiques ou punitives. Le recours à des mesures de contrôle visant à limiter les mouvements de l'utilisateur ou son comportement peut avoir des effets indésirables significatifs sur son bien-être physique, mental et émotionnel.



Les mesures de contrôle sont connues pour augmenter le risque de traumatismes psychologiques et physiques, de complications respiratoires et cardiaques, d'état confusionnel aigu, d'agitation, de chutes, de dégradation de la peau et de déconditionnement. Les mesures de contrôle ne sont utilisées qu'à court terme et en dernier recours lorsqu'il existe un risque imminent et significatif de préjudice grave à l'endroit de la vie ou de la santé de l'utilisateur ou d'autres personnes, et que toutes les autres stratégies et interventions de prévention ont échoué ou ont été jugées inappropriées en vue d'assurer la sécurité de ces personnes.

La procédure organisationnelle aborde les actions suivantes qui sont aussi comprises dans les activités de l'équipe :

- travailler avec l'utilisateur de façon proactive pour reconnaître ses déclencheurs et identifier des stratégies de désescalade en vue de prévenir le recours à des mesures de contrôle;
- demander le consentement de l'utilisateur, ou, s'il est inapte, celui de son mandataire, avant qu'une mesure de contrôle ne soit utilisée en tant que dernier recours ou lorsque la prolongation de la mesure de contrôle est jugée nécessaire;
- documenter le recours à la mesure de contrôle, y compris une justification à la lumière de solutions de rechange tentées ou envisagées, d'un consentement ou d'un refus de la part de l'utilisateur ou de son mandataire, de la nature et de la durée de la mesure de contrôle, et des activités de l'équipe visant à assurer la vigilance de l'impact de la mesure de contrôle et à explorer et à promouvoir des solutions de rechange pendant toute la durée du recours à la mesure de contrôle;
- réduire ou interrompre l'utilisation de la mesure de contrôle le plus tôt possible et avoir recours à d'autres actions visant à maintenir en sécurité l'utilisateur et les autres personnes;
- mener des réunions de bilan comprenant l'utilisateur à la suite de l'utilisation de mesures de contrôle et faciliter l'accès de l'utilisateur à du soutien psychologique culturellement sécuritaire ainsi qu'à d'autres soutiens;
- répondre à toute exigence en matière de rapports au-delà de ce qui précède;
- évaluer la conformité avec la procédure organisationnelle et les meilleures pratiques en vue d'éliminer ou de réduire l'utilisation des mesures de contrôle dans les milieux de soins grâce à des méthodologies éclairées par des données probantes.

L'équipe a accès à la formation et au perfectionnement sur le recours sécuritaire et approprié aux mesures de contrôle. Ces formations couvrent, notamment, l'orientation sur la philosophie de l'établissement visant la prestation des soins les moins restrictifs possibles, sur les politiques traitant de l'utilisation exceptionnelle des mesures de



contrôle, sur les soins et services à dispenser à l'utilisateur pour qui des mesures de contrôle sont utilisées, sur la surveillance de l'utilisateur pendant le recours aux mesures de contention et sur la façon de consigner le recours à de telles mesures.

- 8.1.19 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique visant à évaluer l'état de santé de l'utilisateur de façon holistique tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de l'état de santé est effectuée le plus tôt possible au moment de la prise en charge et tout au long du continuum de soins et services. L'évaluation, éclairée par l'historique et la condition clinique actuelle de l'utilisateur ainsi que par les informations obtenues lors des transferts, tient compte des besoins biopsychosociaux de l'utilisateur, incluant les aspects physiques, mentaux, sociaux et spirituels. Il est également important de considérer les interactions entre les déterminants individuels de la santé, tels que le mode de vie, et les facteurs sociaux et environnementaux comme le revenu, l'éducation et le logement.

L'information est validée, revue et mise à jour régulièrement, particulièrement en cas de changement dans l'état de santé de l'utilisateur. Ces changements sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur.

- 8.1.20 L'équipe assure un accès en temps opportun aux services de consultation, aux services de diagnostic, aux analyses de laboratoire, ainsi qu'aux résultats.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'accès aux services de consultation, de diagnostic et aux analyses de laboratoire est organisé de manière à répondre aux besoins urgents de l'utilisateur, en tenant compte des ressources disponibles et des réalités organisationnelles telles que les heures d'ouverture et la dotation.

L'équipe suit les procédures en place permettant un accès rapide et en temps opportun à ces services, avec une priorité accordée aux situations critiques et urgentes. Lorsque ces services ne sont pas disponibles sur place, l'équipe a accès à des processus de partenariat ou des procédures permettant d'obtenir ces services de manière efficace. Les



consultations peuvent être réalisées en personne, par télémédecine, ou via le personnel de garde. Des protocoles sont en place pour définir les priorités en fonction de la gravité des états cliniques et des tests requis.

L'équipe s'assure également que l'accès en temps opportun aux spécialistes ayant de l'expertise en santé pédiatrique est offert.

8.1.21 L'équipe respecte la procédure organisationnelle de hiérarchisation et d'accès aux soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il existe une procédure organisationnelle de hiérarchisation et d'accès aux soins et services qui tient compte des besoins de l'utilisateur identifiés lors d'évaluations tout au long du continuum de soins et services.

Les besoins font référence ici à ce qui est requis pour réaliser les objectifs et atteindre les résultats souhaités de soins et services pour l'utilisateur. L'information recueillie est utilisée pour déterminer si ces soins et services offerts par l'établissement répondent aux besoins et aux préférences de l'utilisateur, pour cerner les besoins immédiats et pour établir les priorités quant à la prestation de ces soins et services. L'évaluation des besoins peut être répétée de façon périodique tout au long du continuum des soins et services afin d'adapter ceux-ci et de déterminer si de nouveaux soins et services doivent être initiés. Les besoins sont identifiés et consignés dans le dossier santé.

8.1.22 L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé qui répond aux besoins de l'utilisateur et qui tient compte de ses préférences.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan de soins et services individualisé tient compte des besoins uniques de l'utilisateur et adopte une approche holistique des soins. Il repose sur les résultats d'évaluations, les objectifs, les préférences, les résultats attendus de ces soins et services et prend en compte l'état de santé et les ressources disponibles. Il définit les rôles et les responsabilités de l'équipe ainsi que ceux de l'utilisateur. Le plan comprend également :

- le lieu de la prestation des soins et services;



- la fréquence et l'échéancier prévu;
- les objectifs et les résultats attendus;
- la date prévue de fin des soins et services;
- les plans de transition ou de suivi à la fin des soins et services.

Il peut également comprendre des renseignements sur les antécédents, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments de l'utilisateur, y compris les problèmes ou les réactions indésirables aux médicaments.

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, ainsi que les options pour ceux-ci, font l'objet de discussions avec lui. L'équipe participe à une prise de décisions partagée qui tient compte des résultats attendus pour l'utilisateur et des risques et bienfaits liés à ces options.

8.1.23 L'équipe évalue l'évolution des objectifs, des préférences et résultats attendus de l'utilisateur tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de l'évolution des objectifs, des préférences et des résultats attendus permet d'ajuster le plan de soins et services individualisé en conséquence. La consignation des progrès de l'utilisateur est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle s'effectue avec la participation de l'utilisateur. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, la discussion avec l'utilisateur, les mesures des résultats déclarés par les patients et l'observation.

8.1.24 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour la gestion de la douleur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de la douleur est effectuée lors de l'évaluation initiale de l'utilisateur, et de façon régulière par la suite. L'évaluation de la douleur et de la souffrance tient compte des sphères physiques, psychologiques, sociales et spirituelles, de l'âge, du niveau de développement de l'utilisateur, du caractère unique de chaque épisode de soins et services, ainsi que de sa capacité à percevoir et à ressentir la douleur. Des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés pour établir l'intensité, les caractéristiques,



l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que ses impacts sur les activités habituelles de l'utilisateur. L'impact des traumatismes sur l'expérience de la douleur et sur le bien-être psychologique est reconnu. La réponse aux demandes de gestion de la douleur est rapide. Les stratégies de gestion de la douleur pour l'utilisateur peuvent comprendre des interventions physiques, comportementales et psychologiques, comme des mouvements, des massages, un positionnement du corps particulier et des soins individuels, l'emploi d'analgésiques, y compris des opioïdes ou le recours à des interventions anesthésiques.

L'équipe collabore avec l'utilisateur pour déterminer ses objectifs de soins et élaborer un plan pour gérer la douleur qui répond à ses besoins et préférences. L'équipe consigne toutes les interventions de gestion de la douleur dans le dossier santé de l'utilisateur et dans son plan de soins et services individualisé. L'information est partagée avec les membres d'équipe appropriés.

8.1.25 L'équipe intègre la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ces transitions de soins sont des exemples de moments clés qui nécessitent une planification dès le début de la trajectoire de soins et services:

- l'accueil;
- l'admission;
- les changements de quart de travail;
- la référence à un autre prestataire de soins et services de la communauté;
- les transferts vers un autre service ou à un autre établissement;
- la fin des soins et services;
- le congé.

L'équipe évalue le niveau de préparation de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, y compris sa capacité physique, cognitive et psychosociale à chacune des étapes de transition. Dès le début de l'épisode de soins et services, la planification et les discussions avec l'utilisateur au sujet de la transition l'aident à mieux comprendre le processus et lui donnent l'occasion de poser des questions. La planification des étapes de transitions vise à préparer l'utilisateur et à améliorer la continuité des soins et services. Les discussions permettent aussi de s'assurer que tous les renseignements sont précis et complets, et que les préférences de l'utilisateur sont respectées.



Dans le contexte où l'utilisateur doit être transféré, l'équipe discute avec celui-ci du plan de soins et services individualisé, y compris ses objectifs et ses préférences; des soins et services offerts; des problèmes cliniques ou autres; de ce à quoi s'attendre durant la transition; des rendez-vous de suivi; des outils et des ressources informationnelles disponibles pour l'autogestion des soins, des coordonnées des membres de l'équipe et des détails quant aux situations exigeant un contact avec l'équipe.

- 8.1.26 L'équipe assure une communication claire et opportune entre ses membres, tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un langage clair et simple est utilisé pour toute communication, y compris celui utilisé lors d'une urgence ou d'une situation critique. La communication permet la continuité des soins et services en s'assurant que toutes les informations pertinentes sont transmises de manière précise et en temps opportun. Cela comprend les mises à jour régulières sur l'état de l'utilisateur, les plans de soins et services individualisés, et toute modification apportée aux soins ou services requis.

- 8.1.27 L'équipe s'assure que l'utilisateur sait qui est la personne responsable de la coordination de ses soins et services, ainsi que de la façon de la joindre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La nomination d'une personne responsable de faciliter la communication et la coordination des soins et services permet de définir les rôles et responsabilités avec clarté et de favoriser les soins centrés sur la personne. Le membre désigné peut être le membre de l'équipe qui est le plus régulièrement en contact avec l'utilisateur ou le principal prestataire des soins et services.

- 8.1.28 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour diriger les transferts vers des soins et services internes ou externes dans les cas où l'équipe est incapable de répondre aux besoins anticipés ou réels de l'utilisateur.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La capacité de l'équipe ainsi que le niveau de soins et services offerts par l'établissement sont pris en compte de manière à préciser si les besoins de l'utilisateur peuvent être satisfaits. Les critères de hiérarchisation peuvent être définis par l'autorité administrative appropriée, telle que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Dans le cas où l'équipe ou l'établissement est incapable de répondre aux besoins de l'utilisateur, la raison en est expliquée. L'accès à d'autres soins et services, y compris le transfert, est favorisé.

De plus, en cas d'urgence, d'anormalité, de complication ou d'événement préjudiciable, des politiques ou des protocoles de recours à la hiérarchie des soins et services précisent avec quels membres de l'équipe il est possible de communiquer et dans quelles circonstances. L'équipe connaît les délais de réponse appropriés et avec quelle personne communiquer en l'absence de réponse.

L'établissement dispose d'une procédure organisationnelle ou d'un plan de transfert vers un centre spécialisé qui assure la continuité des soins et services. Les renseignements sont consignés en vue d'être utilisés lors du transfert et dans la planification des soins et services.

8.1.29 L'équipe assure un suivi approprié lors des transitions de soins.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La responsabilité entourant les soins et services se poursuit jusqu'à ce que ceux-ci aient pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, à un autre service, à un autre établissement ou à un autre organisme. Les soins et services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins et services à domicile et ceux offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extrahospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins et services continus. La collaboration pour établir un plan de transition adapté à l'utilisateur et la coordination optimale entre les différentes équipes, les différents établissements et organismes sont essentielles pour assurer une transition harmonieuse et continue des soins et services ainsi que le suivi systématique de l'utilisateur.



Cette coordination s'appuie sur les meilleures pratiques pour l'accès intégré et harmonisé, telles que la consolidation et la création de trajectoires de soins et services. Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué au moyen d'un outil d'aide à la décision clinique, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné. En s'appuyant sur le cadre de référence sur l'accessibilité et la continuité de soins et services au Québec, les équipes peuvent assurer une prise en charge continue et intégrée de l'utilisateur.

L'équipe respecte les protocoles pour gérer efficacement le cheminement de l'utilisateur et utilise des outils de consignation et des stratégies de communication standardisés pour le transfert d'information.

8.1.30 L'équipe connaît les soins et services offerts dans les autres programmes-services et dans la communauté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une équipe ne peut à elle seule répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. Il est essentiel que les équipes soient informées des soins et services offerts tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement et hors de la sphère des programmes-services. Ainsi, l'équipe peut identifier des ressources ou des services complémentaires pour mieux répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur. De plus, des transferts efficaces peuvent être coordonnés en temps opportun dans les cas où l'équipe ou l'établissement n'est pas en mesure d'offrir les soins ou services nécessaires à l'utilisateur, afin d'en assurer une offre ininterrompue.

Il peut s'agir de soins et services au sein du programme-services, par d'autres programmes-services de l'établissement ou au sein de la communauté, y compris les soins et services de télésanté. L'information peut viser la promotion des soins et services, la prévention, les ressources d'aide et de soutien, le traitement, la réadaptation, l'hébergement ou les soins et services de fin de vie. L'information peut être présentée sous forme d'index de ressources précisant entre autres la nature des soins et services et les modalités d'accès, ainsi que les clientèles ciblées.

8.1.31 L'équipe oriente l'utilisateur vers les ressources appropriées ou vers d'autres prestataires de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'équipe collabore avec les différents programmes-services, afin d'orienter adéquatement l'utilisateur pour qu'il reçoive les soins et services les plus pertinents, dans le contexte le plus approprié, tout en prévenant les transferts inutiles et les solutions temporaires. La continuité des soins et services doit être assurée.

L'équipe informe l'utilisateur et facilite l'accès à des ressources ou des soins et services complémentaires pour mieux répondre à l'ensemble de ses besoins.

- 8.1.32 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues appropriées tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe possèdent les qualifications requises pour leur permettre d'exercer selon leurs champs de pratique lors de la prestation de soins et services. Les gestionnaires de l'établissement ont la responsabilité de revoir régulièrement quelles compétences et qualifications sont requises afin de s'assurer que l'équipe satisfait les besoins de la population desservie. L'équipe dispose d'un moyen pour signaler les besoins en matière de formations pertinentes.

Les activités d'apprentissage sont offertes à la main-d'œuvre au moyen d'une approche structurée et de manière continue afin de maintenir les compétences acquises et de s'assurer que les qualifications des prestataires de soins et services demeurent à jour conformément aux politiques et procédures organisationnelles. Les activités d'apprentissage doivent être culturellement adaptées et intégrer les principes d'équité, de diversité et d'inclusion adaptés à la population desservie, notamment la communauté 2SLGBTQ+, les communautés autochtones, les communautés ethniques et d'autres populations mal desservies et marginalisées notamment les réfugiés et les immigrants.

La formation est accessible et diffusée par différents moyens afin de répondre aux besoins de la main-d'œuvre, comme des sessions virtuelles ou préenregistrées, des modules d'apprentissage sur le web, des simulations et des sessions de formation en présentiel.

- 8.1.33 L'équipe veille à gérer les délais d'attente pour l'obtention des soins et services, depuis la demande initiale jusqu'à la prise en charge effective de l'utilisateur.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Pour limiter les temps d'attente, l'équipe peut adopter des stratégies telles que la gestion proactive des rendez-vous ou des demandes, l'échelonnement des heures de rendez-vous ou la communication proactive avec l'utilisateur en cas de délais importants. L'équipe s'assure de bien accueillir l'utilisateur en tenant compte des temps d'attente et met en place des mesures pour optimiser le flux et améliorer l'expérience de l'utilisateur.

- 8.1.34 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à recueillir la rétroaction de l'utilisateur sur son expérience des soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La collecte d'informations confidentielles et anonymes auprès de l'utilisateur permet de partager sa voix et son expérience avec l'équipe et les gestionnaires du programme-services. Les informations relatives à l'expérience de l'utilisateur en matière de soins et services sont utilisées pour éclairer les décisions concernant le modèle de soins et ciblent les activités en matière d'amélioration de la qualité. Les rétroactions des usagers sont recueillies et prises en compte de manière cohérente et opportune.

Les rétroactions des usagers peuvent être recueillies par des moyens formels et informels comme le recours à des sondages, à des groupes de discussion, à des conversations avec l'utilisateur et à des registres de plaintes.

- 8.1.35 L'équipe respecte la politique organisationnelle en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès des membres de l'équipe. Elle doit également être diffusée auprès de l'utilisateur dont l'état pourrait requérir des soins palliatifs et de fin de vie et auprès de sa ou ses personnes proches aidantes.

La politique organisationnelle au sujet des soins palliatifs et de fin de vie vise à assurer :



- l'équité dans l'accès aux soins et services;
- la continuité des soins et services entre les différents lieux de prestation;
- la qualité des soins et services offerts par des équipes interdisciplinaires;
- la sensibilisation de l'équipe au caractère inéluctable de la mort.

8.1.36 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant l'accès à l'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe interdisciplinaire dédiée en soins palliatifs et de fin de vie possède des connaissances et des compétences reconnues, spécifiques et adaptées aux besoins de la clientèle. Elle conseille, soutient et fournit des renseignements à l'équipe de soins et services quant aux compétences interprofessionnelles essentielles qui sont nécessaires lors de la prestation de soins palliatifs et de fin de vie.

Bien que l'équipe de soins et services ne puisse pas toujours avoir une maîtrise sur les délais d'accès à l'équipe dédiée en soins palliatifs et de fin de vie, elle doit tout mettre en œuvre pour assurer que l'utilisateur reçoit une réponse adaptée en temps opportun, selon l'urgence et la gravité de l'état clinique et des besoins de l'utilisateur.

L'équipe s'assure que les demandes d'accès à l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs et de fin de vie sont consignées avec précision. Cette documentation comprend :

- la raison de la demande d'intervention par l'équipe interdisciplinaire;
- la date de la demande initiale;
- le niveau d'urgence associé à la demande, y compris le délai de réponse cible;
- la date de l'évaluation effectuée par l'équipe interdisciplinaire.

La demande d'accès à l'équipe interdisciplinaire peut se faire en personne, par téléphone ou par courriel, selon le cas, pour répondre aux besoins de l'utilisateur.

Dans les situations où un accès direct à l'équipe interdisciplinaire n'est pas possible, notamment dans les régions rurales, l'équipe s'assure de coordonner l'accès à d'autres prestataires de soins et services, comme les infirmières praticiennes, les médecins de garde, les soins et services de télésanté, ainsi que les soins et services en situation urgente pour assurer une prise en charge continue et adaptée.



- 8.1.37 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour repérer de manière proactive l'utilisateur pour lequel les soins palliatifs et de fin de vie seraient appropriés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique, tels que le guide Approche palliative intégrée : quand et comment, facilitent le repérage précoce de l'utilisateur susceptible de bénéficier d'une approche palliative intégrée, comme celui atteint d'une maladie à pronostic réservé, d'une maladie évolutive limitant l'espérance de vie, celui présentant une détérioration significative de son état de santé ou nécessitant une admission dans un établissement pour recevoir des soins de longue durée. L'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique permet également l'intégration des soins palliatifs et de fin de vie dès le début de la trajectoire de soins et service, afin d'améliorer la qualité de vie de l'utilisateur.

Dans un établissement qui n'offre pas de soins palliatifs ou de fin de vie, l'évaluation permet d'identifier le besoin d'orienter l'utilisateur vers des soins et services appropriés.

- 8.1.38 L'équipe fournit à l'utilisateur des renseignements pour l'aider à faire un choix éclairé sur l'endroit où il souhaite recevoir les soins palliatifs et de fin de vie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisateur reçoit des renseignements et du soutien pour l'aider à recevoir des soins et services dans un milieu qui répond à ses besoins et préférences, soit à son domicile ou à un autre lieu de résidence. Au fur et à mesure que les besoins et les préférences de l'utilisateur changent, l'équipe aide l'utilisateur à adapter son environnement physique ou à choisir un autre milieu dans lequel les soins et services peuvent être offerts afin de s'assurer qu'il répond à ses besoins actuels en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Les membres de l'équipe fournissent, en toute transparence, des renseignements au sujet des choix et des soins et services offerts, ainsi que sur la façon dont les besoins de l'utilisateur peuvent être satisfaits dans les différents milieux possibles, tels que les lits réservés, les soins et services ambulatoires, ou les soins à domicile y compris les établissements de soins de longue durée.



- 8.1.39 L'équipe oriente la ou les personnes proches aidantes de l'utilisateur en soins palliatifs et de fin de vie vers des soins et services de répit.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le soutien accordé aux personnes proches aidantes, aussi bien sur le plan physique que sur le plan moral pendant l'évolution de l'état de santé, s'avère incontournable puisqu'il constitue un élément fondamental en soins palliatifs et de fin de vie.

L'évaluation de la nécessité de soins et services de répit est effectuée de manière proactive, en tenant compte de la situation et des besoins de la ou des personnes proches aidantes. L'équipe s'assure que la ou les personnes proches aidantes sont informées des options de répit disponibles et savent comment y accéder.

L'équipe collabore avec les différents soins et services afin de s'assurer que les besoins de répit sont pris en charge en temps opportun.

La ou les personnes proches aidantes devraient également être invitées à assurer eux-mêmes leurs soins pour réduire au minimum le stress et favoriser leur sécurité et leur bien-être.

- 8.1.40 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à discuter avec l'utilisateur de l'expression de ses volontés concernant ses objectifs de soins et de sa décision relative à la réanimation cardiorespiratoire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les souhaits de l'utilisateur en ce qui concerne le recours à la réanimation ou à un traitement de maintien en vie sont respectés. L'équipe a accès en tout temps aux membres de l'équipe ou à d'autres personnes qui connaissent la procédure organisationnelle de réanimation et qui sont formées pour prendre des décisions en matière de réanimation.

L'établissement assure la vigie du recours à la réanimation et aux traitements de prolongation de la vie, et dispose d'une procédure pour examiner les décisions de réanimation.



Dans l'éventualité où les objectifs de soins n'ont pas été respectés, les membres de l'équipe doivent fournir une raison qui est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et communiquée à sa ou ses personnes proches aidantes, ainsi qu'à l'équipe de soins et services.

La procédure organisationnelle tient compte des lignes directrices de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, notamment en lien avec la nomenclature à utiliser des trois catégories d'objectif :

- Objectif de prolongation (P) de la vie par tous les soins nécessaires;
- Objectif d'équilibre (E) des soins entre la prolongation de la vie et le confort;
- Objectif de confort (C) de la personne sans avoir pour but de prolonger la vie.

Indépendamment de l'objectif de soins formulé, l'équipe s'assure de maximiser le confort de l'utilisateur et sa qualité de vie tels qu'il les perçoit.

8.1.41 L'équipe discute des directives médicales anticipées avec l'utilisateur conformément à la législation pertinente.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La planification des directives médicales anticipées est une procédure qui permet à l'utilisateur d'exprimer à l'avance ses volontés concernant les soins et services qu'il souhaite recevoir en cas d'incapacité à consentir à ceux-ci. Selon les souhaits de l'utilisateur, les directives médicales anticipées sont partagées avec sa ou ses personnes proches aidantes.

L'utilisateur a la possibilité de discuter avec sa ou ses personnes proches aidantes, des prestataires de soins et services, des spécialistes juridiques et financiers, ainsi qu'avec son mandataire afin d'élaborer des directives médicales anticipées.

Les directives médicales anticipées sont réévaluées et les changements apportés sont consignés avec précision et en temps opportun dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur et sont communiquées à tous les membres de l'équipe qui sont autorisés à recevoir ces informations. Les membres de l'équipe effectuent des réévaluations à des points clés pendant les soins et services et en fonction des besoins de l'utilisateur, y compris pendant la transition et les changements relatifs à l'état de santé.



Si les directives médicales anticipées ne sont pas respectées, les membres de l'équipe doivent fournir une raison qui est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et communiquée à sa ou ses personnes proches aidantes, ainsi qu'à l'équipe de soins et services.

8.1.42 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'aide médicale à mourir fait référence à l'administration à l'utilisateur d'un médicament par un prestataire de soins et services qualifié à la suite de sa demande et une évaluation, selon les critères d'accessibilité définis, qui entraînera son décès dans le but de soulager sa souffrance.

La procédure organisationnelle visant à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir est conforme aux cadres éthiques, juridiques et réglementaires applicables. Les membres de l'équipe savent comment répondre aux demandes d'aide médicale à mourir et suivent la procédure organisationnelle pour gérer ces demandes. Cela comprend une évaluation objective de la compréhension de l'utilisateur, quant aux différentes options pour soulager la souffrance.

8.1.43 L'équipe respecte les préférences de l'utilisateur au moment de son décès.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe s'informe des souhaits de l'utilisateur au sujet du lieu où il désire recevoir les soins et services et des personnes qu'il souhaite avoir à ses côtés lors de son décès. Si l'utilisateur ne peut pas être interrogé sur ses souhaits, l'équipe doit adresser la demande à sa ou ses personnes proches aidantes ou au mandataire. L'équipe discute avec sa ou ses personnes proches aidantes afin de déterminer la manière dont elles souhaitent qu'on leur annonce le décès si elles sont absentes. Les coordonnées de ces personnes sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe autorisés.

Si la ou les personnes proches aidantes ou le mandataire sont absents au moment du décès, ils doivent en être informés par un membre de l'équipe avec tact et humanité,



et se voir offrir du soutien, y compris l'accès à un guide spirituel ou à une autre personne compétente. Les membres de l'équipe doivent s'assurer que le soutien nécessaire est accessible, comme des services d'interprétation, en cas de barrières de communication.

8.1.44 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour la gestion du décès d'un usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Lorsque l'usager décède, l'équipe doit suivre la procédure qui comprend :

- la vérification et l'enregistrement du décès dans un bulletin de décès officiel;
- l'identification des membres de l'équipe qui sont responsables des soins et services avant, pendant et après le décès;
- la préparation de la ou des personnes proches aidantes en fournissant des renseignements sur la préparation du défunt et en précisant les attentes relatives au processus associé aux soins de l'usager après son décès;
- la proposition à la ou les personnes proches aidantes de participer aux soins du corps, comme le laver et l'habiller;
- la possibilité pour la ou les personnes proches aidantes d'attendre dans une autre pièce ou une autre zone pendant que l'on prépare le défunt à quitter les lieux;
- l'offre à un soutien dans le deuil à la ou les personnes proches aidantes pendant et après le décès;
- le maintien de la dignité du défunt et la sensibilité aux effets que le processus peut avoir sur sa ou ses personnes proches aidantes;
- l'offre à un accès 24 heures sur 24 à l'équipe de soins et services, y compris un accès par téléphone ou par des soins et services de télésanté;
- le transport du défunt de manière digne;
- la gestion du dossier santé du défunt, conformément aux souhaits de la ou les personnes proches aidantes;
- le résumé des rôles et responsabilités des membres de l'équipe pendant le décès et le processus suivant le décès.

La procédure s'applique également aux décès qui surviennent à domicile.

8.1.45 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à offrir du soutien aux personnes proches aidantes, avant et après le décès d'un usager.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'usager** | Méthode d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'équipe dispose de ressources pertinentes, utiles et à jour au sujet des derniers moments de la vie tels que les signes et symptômes d'un décès imminent, les stratégies d'adaptation, la façon d'offrir du soutien et du réconfort pendant les derniers moments de la vie, ainsi que les services de soutien pour vivre le deuil. L'équipe partage les ressources avec l'usager et sa ou ses personnes proches aidantes ou avec les autres membres de l'équipe selon les besoins.

Après le décès d'un usager, la ou les personnes proches aidantes sont invitées à recourir aux réseaux de soutien communautaire. L'accès à des intervenants en soins spirituels et à des travailleurs sociaux est fourni à l'endroit de la ou des personnes proches aidantes, selon le cas. Quand ceux-ci ne suffisent pas ou lorsqu'on entrevoit que la ou les personnes proches aidantes présentent un risque de réaction complexe face au processus de deuil, l'accès à des services complémentaires est facilité. Des services de soutien sont également disponibles pour la main-d'oeuvre qui en manifesterait le besoin.

- 8.1.46 **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.

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 8.1.46.1 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, en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes.

Conseils

Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.

Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'usager. Voici des exemples



d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'utilisateur, l'adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la personne proche aidante), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins et services continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'utilisateur, la reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'utilisateur et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'utilisateur ou la personne proche aidante.

L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec les utilisateurs et les personnes proches aidantes en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les utilisateurs et les personnes proches aidantes ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

- 8.1.47 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 8.1.47.1 L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Conseils

Un environnement physique intérieur et extérieur sécuritaire, libre d'obstacles, est essentiel afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. Les procédures organisationnelles sont à jour, fondées sur des données probantes et sont conformes aux exigences des autorités compétentes.

Les procédures identifient les actions qui doivent être effectuées afin d'offrir un environnement physique sécuritaire, notamment celles :



- De maintenir les planchers propres et secs et de nettoyer rapidement les liquides répandus;
- D'offrir des aides à la mobilité et des meubles adaptés selon la population desservie;
- De veiller à ce que les éléments structurels qui améliorent la sécurité et l'accessibilité soient en place et en bon état de fonctionnement, comme les rampes, les mains courantes, les barres d'appui, les revêtements de sol antidérapants et un éclairage adéquat;
- De réduire au minimum l'encombrement et le désordre;
- D'effectuer des vérifications de sécurité régulières des milieux de soins, et des espaces publics comme les aires de restauration, les entrées et les aires de stationnement.

En tant que membre de l'équipe, l'usager est encouragé à poser des questions, à faire part de ses préoccupations et à participer aux conversations sur la sécurité de l'environnement physique.

8.1.47.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de chutes et de blessures qui en découlent.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de chutes de l'usager et de prévenir les blessures qui en découlent. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer les risques de chutes et de blessures qui en découlent auprès de tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.



Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé de l'usager et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 8.1.47.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque de chutes ou de blessures qui en découlent.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque de chutes ou de blessures qui en découlent, une évaluation complète est effectuée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'usager peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée à l'aide d'outils d'aide à la décision. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. Les outils peuvent inclure des méthodes d'évaluation de la marche, de l'équilibre, de l'humeur, de la vision, de la cognition, de la prise des médicaments, de la comorbidité, des antécédents de chutes, de la gestion des activités de la vie quotidienne et de l'utilisation d'appareils suppléants et de technologie d'appui.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé de l'usager et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 8.1.47.4 L'équipe met en oeuvre 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'usager.

Conseils



Les interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- L'organisation de l'environnement physique de l'utilisateur afin de réduire au minimum l'encombrement et de placer les objets nécessaires à portée de main;
- L'enseignement de techniques d'autogestion de l'utilisateur pour se protéger contre les chutes, comme l'amélioration de sa force musculaire et de son équilibre et lui apprendre à bien tomber sans se faire mal;
- La revue de la pertinence des médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils suppléants pour améliorer la sécurité et la mobilité de l'utilisateur.

Les interventions sélectionnées respectent la procédure organisationnelle sur l'utilisation de mesures de contrôle.

L'information recueillie au cours de l'évaluation est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Elle est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 8.1.47.5 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.

Conseils

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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un utilisateur. Les chutes et les blessures qui en découlent qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents.



La procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 8.1.47.6 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- Les stratégies préventives qui interpellent l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire, comme le partage de l'état de mobilité de l'utilisateur sur son tableau de communication;



- Les stratégies qui permettent aux membres de l'équipe de réduire les risques de chutes et de blessures lorsqu'ils offrent un soutien aux usagers;
- Ce qu'il faut faire lorsqu'une chute ou une blessure qui en découle se produit dans le milieu de soins, ou dans un espace public, y compris la déclaration d'un incident ou accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 8.1.47.7 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :



- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés aux chutes et aux blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

8.1.48 L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

8.1.48.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer les risques d'atteinte à l'intégrité de la peau d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué



et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de procéder à un repérage de l'intégrité de la peau de tous les usagers. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 8.1.48.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour 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.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, une évaluation complète est réalisée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'usager peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée avec des outils d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes qui reflètent les soins et services prodigués, le milieu de soins, et les populations desservies.

Les outils d'évaluation sélectionnés peuvent inclure des méthodes permettant d'évaluer notamment :

- La couleur de la peau, son humidité, sa température, sa texture, son élasticité et la présence de lésions ou de déchirures;



- La perception sensorielle de l'utilisateur, son activité physique, sa mobilité et son exposition à la friction, au cisaillement, à l'humidité et aux facteurs de risques environnementaux;
- La capacité de l'utilisateur à gérer sa propre intégrité cutanée, y compris le maintien d'une bonne hygiène, d'une saine alimentation et d'un bon apport hydrique;
- Les risques associés aux comorbidités, comme le diabète, ou les risques associés aux interventions planifiées, comme la chirurgie ou les thérapies anticancéreuses.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

8.1.48.3 L'équipe met en oeuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- La mise en oeuvre de stratégies visant à optimiser l'intégrité de la peau, comme la mobilité, l'hydratation, la nutrition et l'utilisation de crèmes protectrices;
- La réalisation des réévaluations;
- La revue des médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité de la peau;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils comme des lève-personnes, des coussins ou matelas à réduction de pression.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.



- 8.1.48.4 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.

Conseils

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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager.

Il est question d'atteinte nosocomiale à l'intégrité de la peau 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.

La procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incident et accident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les préjudices et optimiser 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance d'optimiser l'intégrité de la peau;
- L'identification des risques évitables et non évitables pour l'intégrité de la peau;
- L'importance d'évaluer les surfaces et les dispositifs qui sont en contact avec la peau;
- L'importance d'évaluer les dispositifs qui pénètrent la barrière cutanée, comme les perfusions intraveineuses;
- La déclaration des atteintes nosocomiales à l'intégrité de la peau à titre d'incident et accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 8.1.48.6 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques



et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement afin d'optimiser l'intégrité de la peau.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les blessures et à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à l'atteinte de l'intégrité de la peau dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière d'optimisation de l'intégrité de la peau.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

8.1.49 L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

8.1.49.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.



Conseils

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

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de thromboembolie veineuse d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme celui où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Les outils de repérage sélectionnés identifient les facteurs de risque de thromboembolie veineuse, tels que les antécédents de thromboembolie veineuse, la mobilité réduite, l'âge avancé, les problèmes de santé et toutes formes d'intervention y compris les procédures chirurgicales.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer le risque de thromboembolie veineuse chez tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 8.1.49.2 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.

Conseils



Les outils d'aide à la décision clinique fournissent à l'équipe, y compris l'utilisateur, des informations fondées sur des données probantes pour faciliter la prise de décision. Les outils d'aide à la décision clinique peuvent être intégrés au sein d'ordonnances préétablies.

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque de thromboembolie veineuse, des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés afin de déterminer les interventions requises. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

Les informations recueillies grâce aux outils d'aide à la décision clinique sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

8.1.49.3 L'équipe met en oeuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse s'appuient sur les outils d'aide à la décision clinique et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- Des stratégies quotidiennes comme l'hydratation, la mobilisation, le positionnement et le port de vêtements amples;
- Des stratégies à plus long terme comme le maintien d'un poids santé et l'évitement d'un mode de vie sédentaire;
- Une thromboprophylaxie pharmacologique;
- Une thromboprophylaxie mécanique, comme l'utilisation d'un dispositif pneumatique intermittent.

Le moment de l'initiation, la durée et les exigences de vigilance des interventions thromboprophylactiques sont précisés et adaptés aux caractéristiques de l'utilisateur. Les caractéristiques de l'utilisateur peuvent



comprendre le risque de saignement, le poids, les fonctions physiologiques et les facteurs de risque comme les chutes et l'intégrité de la peau.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

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

Conseils

Il est question de thromboembolie veineuse nosocomiale lorsqu'un caillot de sang dans une veine ou dans les poumons est causé par une intervention de soins.

La procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration 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 incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un utilisateur. Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 8.1.49.5



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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour prévenir la thromboembolie veineuse. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention de la thromboembolie veineuse;
- Les orientations actuelles sur l'identification du risque de thromboembolie veineuse chez les usagers et les stratégies préventives appropriées, y compris les interventions pharmacologiques et mécaniques;
- La déclaration des incidents thromboemboliques veineux nosocomiaux comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose d'un temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.



- 8.1.49.6 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.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions qui améliorent le programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'analyse des causes profondes des incidents liés à la thromboembolie veineuse dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant la prévention de la thromboembolie veineuse;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention de la thromboembolie veineuse.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

- 8.1.50 L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.



POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication, comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins et services posthospitaliers, la relecture et la reformulation, favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente, les outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisation. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisation. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les personnes proches aidantes de répéter l'information. Les usagers et les personnes proches aidantes ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

Test(s) de conformité

- 8.1.50.1 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.
- 8.1.50.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.



- 8.1.50.3 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.
- 8.1.50.4 L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.
- 8.1.50.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
 - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.

- 8.1.51 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.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 8.1.51.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.

Conseils

Le meilleur schéma thérapeutique possible est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. Les transitions de soins ont lieu lorsqu'un usager passe d'un milieu de soins à un autre.



La procédure organisationnelle définit la manière d'obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des transitions de soins, en incluant au moins les éléments suivants :

- Des entretiens virtuels ou en personne avec l'utilisateur, ou la personne responsable de la gestion des médicaments de cet usager. 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, les suppléments et tous les remèdes traditionnels ou complémentaires;
- La vérification de la liste des médicaments obtenue de l'utilisateur auprès d'au moins une autre source d'information fiable. Les sources d'information peuvent provenir du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire, du dossier santé de l'utilisateur, de la liste des médicaments au congé de l'hôpital ou de la feuille d'administration des médicaments.

La procédure organisationnelle est à jour et fondée sur des données probantes. La procédure identifie les transitions de soins au cours desquelles le meilleur schéma thérapeutique possible de l'utilisateur doit être réalisé. À titre d'exemples, il peut s'agir de la transition d'un usager vers ou depuis un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, un milieu de soins et services ambulatoires comme une clinique d'oncologie, ou un milieu de soins et services primaires où les médicaments sont gérés.

Le meilleur schéma thérapeutique possible est consigné dans le dossier santé de l'utilisateur. L'information est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 8.1.51.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.

Conseils

Les divergences entre les médicaments non résolues, qu'elles soient intentionnelles ou non, peuvent entraîner des erreurs de médication et causer un préjudice à l'utilisateur, occasionner des rencontres cliniques non planifiées et des coûts connexes pour le système de santé. Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une



prescription inappropriée et à la duplication des médicaments ayant une action thérapeutique.

Les divergences entre les médicaments sont identifiées et documentées par un membre au sein de l'équipe ayant les compétences pour le faire. Le meilleur schéma thérapeutique possible est comparé à ce qui a été récemment prescrit ou à ce qu'il est prévu de prescrire.

Les divergences identifiées sont documentées et communiquées au prescripteur de l'ordonnance. Les divergences sont résolues de manière opportune conformément à la procédure organisationnelle.

La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. Toutefois, le risque de divergences entre les médicaments est considérablement réduit lorsque le meilleur schéma thérapeutique possible est établi avant la rédaction d'une ordonnance. L'utilisation de technologies de l'information interopérables contribue à rendre le bilan comparatif des médicaments plus fiable et plus efficace.

Tous changements de médication sont discutés avec l'utilisateur afin de s'assurer qu'ils reflètent ses objectifs et ses préférences de traitement. Ces discussions permettent à l'utilisateur de comprendre quels médicaments doivent être arrêtés ou modifiés, quelles sont les interactions potentielles avec les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tout remède traditionnel ou complémentaire, et comment se départir des médicaments inutiles.

La liste précise des médicaments est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 8.1.51.3 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.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents afin d'éviter les préjudices, réduire les erreurs et atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des



événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager.

Les incidents liés au maintien d'une liste précise de médicaments lors des transitions de soins comprennent les cas où le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué, est effectué de façon incorrecte ou n'est pas effectué en temps opportun et aurait pu causer un préjudice ou a causé un préjudice à un usager.

La procédure de déclaration des incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 8.1.51.4 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 transitions de soins.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en oeuvre des pratiques de sécurité pour maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins. 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, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les résidents et les fellows participent aux activités d'apprentissage requises avant de prodiguer des soins et services.



Les thèmes d'apprentissage liés aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- Les stratégies pour faire participer activement l'usager dans la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, y compris l'évaluation de la connaissance des médicaments de l'usager;
- La communication des changements de médication lors des transitions de soins;
- La formation sur les outils d'aide à la décision clinique du bilan comparatif des médicaments de l'établissement et sur la technologie interopérable;
- La déclaration des incidents liés au maintien d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées conformément à la procédure organisationnelle.

- 8.1.51.5 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 transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils



L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en oeuvre d'actions visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles concernant le bilan comparatif des médicaments, y compris l'évaluation de la fiabilité et de l'exactitude des meilleurs schémas thérapeutiques possibles et l'évaluation des taux de résolution des divergences entre les médicaments et de la rapidité d'exécution;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à la tenue à jour d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur sur l'applicabilité de la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.



- 8.1.52 Radiothérapie seulement : L'équipe désigne une ou plusieurs personnes responsables du programme de radiothérapie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficience** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Désigner une ou plusieurs personnes chargées du programme permet d'établir les responsabilités au sein de celui-ci. La personne ou les personnes responsables du programme de radiothérapie sont chargées de la surveillance médicale et administrative du programme de radiothérapie et répondent aux exigences définies par l'établissement, les ordres professionnels applicables et les organismes de réglementation.

- 8.1.53 Radiothérapie seulement : L'équipe est en mesure de se référer au responsable de la radioprotection en radio-oncologie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficience** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le responsable du programme de radiothérapie est chargé de la surveillance médicale et administrative du programme de radiothérapie et répond aux exigences définies par l'établissement, les ordres professionnels applicables et les organismes de réglementation.

Pour les questions relatives à la radioprotection, le responsable de la radioprotection rend compte directement au chef de la direction de l'établissement ou à un délégué de la haute direction autre que le responsable désigné du programme de radiothérapie.

- 8.1.54 Radiothérapie seulement : L'équipe respecte le programme d'assurance qualité en radiothérapie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le programme d'assurance qualité en radiothérapie permet une prestation de soins et services sécuritaire. Il comprend des politiques et des procédures techniques élaborées et respectées, couvrant les aspects du contrôle de la qualité, des soins cliniques, de l'imagerie, de la planification et de la prestation des traitements. Ce programme inclut des processus pour :



- Identifier les équipements ou logiciels nécessitant des mises à niveau ou ne répondant pas aux meilleures pratiques, et y remédier, conformément aux normes nationales, régionales ou internes.
- Effectuer des vérifications indépendantes du contrôle de la qualité au moins une fois par an, réalisées par un physicien médical qualifié.
- Instaurer des politiques et des procédures de contrôle de la qualité dès l'installation et la mise en service de tout nouvel équipement.
- Organiser un comité multidisciplinaire dédié à l'assurance qualité en radiothérapie, qui veille à la conformité, à la prévention et à l'analyse des incidents, et participe à la sélection d'équipements ainsi qu'aux projets d'amélioration continue.

Les mises à niveau ont lieu en temps opportun de façon à ce qu'elles n'aient pas d'incidence négative sur l'accès aux soins et services de radiothérapie et sur leur qualité. Des normes, des recommandations ou des meilleures pratiques sont utilisées lorsqu'elles sont établies par des organismes nationaux ou régionaux. En leur absence, l'organisme dispose d'un processus pour déterminer ce qui est acceptable.

8.1.55 Radiothérapie seulement : L'équipe respecte les règlements en vigueur quant à l'enregistrement, l'installation et l'étalonnage de l'équipement de radiothérapie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Tous les règlements applicables sont respectés.

8.1.56 L'équipe assure l'orientation de l'utilisateur et de sa famille à des services de conseil génétique et de dépistage.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le dépistage génétique des cancers héréditaires aide à identifier l'utilisateur à risque et de façon précoce. Le dépistage génétique et le counseling sont offerts par des professionnels en oncogénétique qui peuvent fournir de l'information précise découlant de l'évaluation de l'état de santé et fournir du soutien à l'utilisateur et à sa famille qui ont une prédisposition au cancer.

Les établissements qui n'ont pas accès au dépistage et au counseling génétiques sur place aident l'utilisateur et sa famille à accéder à de tels services ailleurs.



- 8.1.57 L'équipe facilite l'accès au counseling et aux services de préservation de la fertilité pour l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe travaille de concert avec l'utilisateur dont la fertilité peut être altérée par le traitement pour s'assurer qu'il comprend les risques encourus et qu'il a accès à des services de préservation de la fertilité.

- 8.1.58 L'équipe suit un processus normalisé pour déterminer le stade du cancer de l'utilisateur durant l'évaluation et le diagnostic initiaux.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficience** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le système de classification des tumeurs « TNM » est utilisé durant la phase d'investigation et de confirmation du diagnostic, du pronostic et la planification des soins et services. Le « T » correspond à la taille de la tumeur, le « N » au nombre de nodules présents et le « M » à la présence de métastases.

Les membres de l'équipe sont formés pour pouvoir consigner, interpréter et comprendre la classification TNM. Les méthodes ou les protocoles d'évaluation et d'investigation du stade sont suivis, et la classification TNM est consignée au dossier de l'utilisateur.

La précision de la stadification du cancer fait l'objet d'un suivi constant, et des améliorations sont apportées.

- 8.1.59 L'équipe suit le processus permettant de répondre aux demandes de traitements oncologiques d'urgence.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Des demandes de traitement d'urgence ou imprévues peuvent survenir. Pour gérer au mieux ces situations, il existe un processus qui permet d'y répondre de façon à ce que la qualité et la sécurité des soins et services d'urgence ne soient pas compromises et que les rendez-vous déjà planifiés de l'utilisateur soient pris en considération.

- 8.1.60 Radiothérapie seulement : L'équipe discute des processus d'imagerie, de planification et de traitement avec l'utilisateur avant la prestation des soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le processus d'imagerie, de planification et de traitement, l'équipement utilisé, les situations auxquelles l'utilisateur peut s'attendre pendant les interventions ainsi que la vérification de la latéralité sont discutés avec l'utilisateur avant la prestation des soins et services. L'utilisateur a l'occasion de poser des questions. Les membres de l'équipe utilisent des processus pour vérifier que l'utilisateur a bien compris l'information, par exemple, en l'encourageant à poser des questions et en lui donnant le temps de le faire, et en lui demandant de répéter l'information fournie.

- 8.1.61 Radiothérapie seulement : L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour la gestion du plan de radiothérapie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure est structurée et bien définie et inclut :

- Une évaluation approfondie de chaque plan de radiothérapie avant son autorisation, en tenant compte des aspects médicaux et techniques;
- Une consultation auprès des professionnels concernés, notamment le médecin oncologue, le physicien médical et l'équipe de soins, pour s'assurer que toutes les facettes du traitement sont adaptées aux besoins de l'utilisateur;
- Un examen et une approbation des modifications apportées au plan de traitement pour s'assurer qu'elles respectent les normes de sécurité et les meilleures pratiques;
- Un enregistrement de toutes les modifications apportées au plan dans les dossiers de l'utilisateur, avec une documentation claire justifiant ces changements.



8.1.62 Radiothérapie seulement : L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à identifier l'utilisateur ayant des appareils électroniques implantés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Pour réduire au minimum les risques liés aux appareils électroniques implantés, la procédure organisationnelle prévoit :

- Une identification systématique de l'utilisateur porteur de tels appareils avant la planification ou la prestation du traitement;
- Une communication immédiate de la présence de l'appareil à l'équipe concernée;
- Une consultation auprès des médecins spécialistes appropriés, comme un cardiologue, un neurologue ou un gastroentérologue, pour évaluer les risques spécifiques;
- Une mise en oeuvre de précautions lors de la planification du traitement de radiothérapie, adaptées pour éviter tout dysfonctionnement de l'appareil;
- Une information claire donnée à l'utilisateur sur les risques et sur les mesures de surveillance prévues pendant le traitement.

8.1.63 Radiothérapie seulement : L'équipe respecte la procédure organisationnelle définissant les renseignements minimaux à inclure dans les demandes de traitement de radiothérapie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle précise les renseignements obligatoires qui doivent figurer dans les demandes de traitement de radiothérapie pour assurer une planification et une prestation sécuritaires des soins et services. La procédure veille à ce que toute indication de traitements concomitants soit documentée clairement dans le plan de traitement.

8.1.64 Radiothérapie seulement : L'équipe respecte la procédure organisationnelle définissant les renseignements minimaux à inclure dans les prescriptions de radiothérapie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



La procédure organisationnelle établit les critères pour une prescription de radiothérapie claire et complète, assurant une prestation sécuritaire et conforme. Elle exige que la dose soit spécifiée par rapport à un point précis du plan ou à une courbe d'isodose et inclut des détails essentiels comme la dose, le fractionnement, le site de traitement, la confirmation de latéralité, ainsi qu'au moins deux identificateurs uniques de l'utilisateur. La prescription de traitement est sous la responsabilité d'un radio-oncologue, conformément aux normes organisationnelles et professionnelles.

- 8.1.65 Radiothérapie seulement : L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant une deuxième vérification indépendante des plans de radiothérapie avant le premier traitement et après toute modification des paramètres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle décrit en détail les vérifications minimales nécessaires pour assurer l'exactitude et la sécurité des plans de traitement de radiothérapie. Elle précise les compétences requises des professionnels autorisés à effectuer cette vérification, tels que les médecins, les dosimétristes et les techniciens en radiothérapie. Une attention particulière est portée aux traitements complexes, où des processus rigoureux de validation et de révision sont essentiels pour éviter les erreurs et assurer une prise en charge optimale.

- 8.1.66 Radiothérapie seulement : L'équipe s'assure de vérifier les calculs des unités moniteur ou du temps de traitement avant le premier traitement et après tout changement des paramètres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les calculs des unités moniteur ou du temps de traitement, selon le type d'appareil utilisé, sont réalisés à l'aide d'un système de calcul principal. Un système indépendant est utilisé pour vérifier le système primaire. Les systèmes de calcul sont habituellement des logiciels, mais il peut aussi s'agir de calculs effectués à la main. Cette vérification est effectuée avant le début du premier traitement et chaque fois que les paramètres d'un plan de traitement sont modifiés.

- 8.1.67 Radiothérapie seulement : L'équipe peut consulter un radio-oncologue et un médecin en tout temps durant la prestation des soins et services.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Lorsque des questions sont soulevées, il est important que l'équipe puisse consulter un radio-oncologue ou un physicien médical. Les paramètres de la disponibilité et les délais acceptables sont déterminés par le programme et sont respectés par l'équipe.

Lorsque ces personnes ne peuvent être consultées immédiatement sur place, un processus est suivi pour y avoir accès par d'autres moyens, comme par la télésanté.

8.1.68 Radiothérapie seulement : L'équipe veille au contrôle de l'exposition aux rayonnements conformément aux normes en vigueur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le contrôle de l'exposition aux rayonnements repose sur des pratiques conformes aux règlements applicables, incluant ceux établis par la Commission canadienne de sûreté nucléaire. Ces pratiques permettent à l'établissement de structurer les fonctions de manière à assurer la sécurité de l'équipe et de l'utilisateur pendant l'administration de la radiothérapie.

Les niveaux de dose sont mesurés ou évalués pour assurer une gestion optimale de l'exposition.

Le responsable de la radioprotection valide les données relatives au blindage des installations avant le début des travaux de construction ou de rénovation. Une vérification finale de l'efficacité du blindage est réalisée avant l'utilisation initiale de l'équipement.

8.1.69 Radiothérapie seulement : L'équipe s'assure d'une gestion sécuritaire des déchets radioactifs.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La gestion des déchets radioactifs repose sur les meilleures pratiques, telles que celles établies par la Commission canadienne de sûreté nucléaire. L'équipe veille :



- À identifier et à manipuler les déchets de manière sécuritaire, en réduisant au minimum les risques d'exposition pour l'utilisateur, l'équipe et l'environnement;
- À assurer un entreposage et une élimination conformes aux exigences des autorités compétentes;
- À maintenir une vigilance constante grâce à des contrôles réguliers et à une documentation adéquate des processus.

8.1.70 Radiothérapie seulement : L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à protéger l'utilisateur et les membres de l'équipe en cas de défaillance, de mauvais fonctionnement ou de dommages de l'équipement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure est claire et elle contient de l'information détaillée sur les mesures à prendre en cas de défaillance ou de mauvais fonctionnement de l'équipement ou de dommages subis par celui-ci. Les mesures peuvent comprendre les étapes à suivre pour avertir les membres appropriés de l'équipe et les services de soutien ainsi que pour donner du soutien à l'utilisateur.

8.1.71 Radiothérapie seulement : L'équipe s'assure que des instructions et des guides d'utilisation sont accessibles en tout temps pour chaque type d'appareil et de logiciel de radiothérapie utilisé.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les instructions et les guides d'utilisation comprennent aussi les renseignements du fabricant concernant les précautions de sécurité particulières. Les membres de l'équipe ont accès aux bulletins de sécurité fournis par le fabricant après l'installation initiale.

8.1.72 Radiothérapie seulement : L'équipe effectue des vérifications indépendantes de l'étalonnage de la dosimétrie des appareils de traitement au moins une fois par année.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Afin d'assurer que l'utilisateur reçoit les doses de radiation prescrites, le bon étalonnage de la dosimétrie des appareils de traitement est essentiel. Des vérifications indépendantes externes de la dosimétrie sont effectuées pour tous les appareils de traitement. Les résultats des vérifications sont examinés par les responsables du programme de radiothérapie, incluant la physique médicale.

- 8.1.73 Thérapie systémique seulement : L'équipe consigne les déversements liés aux médicaments utilisés pour les thérapies systématiques.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La consignation systématique des déversements permet de documenter les circonstances, les produits impliqués et les actions correctives prises. Ces données sont analysées pour identifier des tendances et proposer des améliorations aux procédures de manipulation et de gestion des médicaments.

- 8.1.74 Thérapie systémique seulement : L'équipe vérifie les paramètres cliniques pertinents à chaque cycle ou selon les indications cliniques du schéma posologique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Puisqu'un changement de poids peut entraîner une modification de la dose à administrer, les membres de l'équipe doivent s'assurer qu'un tel changement important n'est pas survenu. Des lignes directrices sont établies en fonction de cette variable.

- 8.1.75 Thérapie systémique seulement : L'équipe effectue une double vérification indépendante de la dose et de la vitesse d'administration des pompes à perfusion avant l'administration.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les risques pour la sécurité de l'utilisateur sont réduits en vérifiant le fonctionnement de la pompe et en consignait les résultats de la vérification. Dans le cas d'une perfusion à



domicile, le bon fonctionnement des pompes est vérifié avant que l'utilisateur quitte l'établissement.

- 8.1.76 Thérapie systémique seulement : L'équipe suit les lignes directrices en matière de gestion des cathéters veineux centraux.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les lignes directrices incluent des pratiques en matière de stérilité, d'entretien, de surveillance et de gestion des complications liées aux cathéters veineux centraux. L'équipe s'assure de suivre les procédures pour l'insertion, la maintenance et le retrait des cathéters, ainsi que pour la gestion des incidents éventuels.

8.2 Pratiques transversales

- 8.2.1 Les équipes s'assurent que l'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les autres options aux soins et services de télésanté pourraient comprendre la visite en personne ou la consultation téléphonique avec un membre de la main-d'œuvre. Les usagers devraient s'attendre à recevoir la même qualité de soins et services, peu importe leur forme.

- 8.2.2 Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base



régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents sont disponibles sur au point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées. La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :

- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;
- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle ou l'utilisation de marqueurs fluorescents ou d'adénosine triphosphate (ATP).

8.2.3 Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Par exemple, l'établissement peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.

- 8.2.4 Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle ainsi que sur l'importance et la pertinence de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoire. L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les publics cibles. Le style de présentation est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension.

Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres et les écrans dans les salles d'attente.

- 8.2.5 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique portent sur les moyens de détecter une éclosion, de déterminer sa cause (y compris si elle provient d'aliments contaminés), de recueillir des données ou des échantillons pour trouver d'autres cas, ainsi que de contenir une éclosion dès qu'elle est détectée.

- 8.2.6 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe responsables de recueillir et de mettre à jour l'information sur les allergies et les réactions indésirables aux médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur sont spécifiés. Les champs d'information relatifs aux allergies des usagers dans le profil et le type de réaction, la gravité et la date à laquelle l'allergie a été identifiée sont consignés.

- 8.2.7 Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il faut consulter le profil de l'utilisateur pour vérifier toutes les « bonnes » conditions de l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.

- 8.2.8 Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthode d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux ou à l'efficacité clinique. Les informations pertinentes sont consignées au dossier santé de l'utilisateur. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.

Documents de référence

Agency for Healthcare Research and Quality. (2017). Warm Handoff (Transfert chaleureux : intervention). Consulté le 11 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://www.ahrq.gov/patient-safety/reports/engage/interventions/warmhandoff.html>

Allan, B., et Smylie, J. (2015). First Peoples, Second Class Treatment : The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada (Premiers peuples, traitement de seconde classe : Le rôle du racisme dans la santé et le bien-être des Autochtones au Canada). Toronto, Ont. : Wellesley Institute. Consulté le 8 octobre 2024, à l'adresse : <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>

Allworth, S., Lapse, P., Kelly, J. (2008). Technology Solutions to Patient Identification – Report of Review (Solutions technologiques contre les erreurs d'identification des patients - Rapport d'examen). The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Sydney, Australie. Consulté le 8 octobre 2024, à l'adresse : <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/19794-TechnologyReview1.pdf>

Alvarado, K. et al. (2006). Transfer of accountability: transforming shift handover to enhance patient safety (Transfert de responsabilité : transformation du changement de quart pour améliorer la sécurité des usagers). Healthcare Quarterly, vol. 9, numéro spécial, p. 75-79. Consulté le 3 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.12927/hcq.2006.18464>

American Medical Association. (2007). The physician's role in medication reconciliation: Issues, strategies, and safety principles (Le rôle du médecin dans le bilan comparatif des médicaments : Questions, stratégies et principes de sécurité). Consulté le 3 octobre 2024, à l'adresse suivante : https://brucelambert.soc.northwestern.edu/book_reviews/med-rec-monograph.pdf

American Medical Directors Association. (2010). Transitions of care in the long-term care continuum clinical practice guideline (Ligne directrice de pratique clinique sur les transitions des soins dans le continuum de soins de longue durée). American Medical Directors Association. Columbia, MD. Consulté le 11 juillet 2024, à l'adresse suivante : <https://paltc.org/products/transitions-care-cpg>

American Society of Hospital Pharmacists - Council on Pharmacy Practice. (2013). ASHP statement on the pharmacist's role in medication reconciliation (Énoncé de l'ASHP sur le rôle du pharmacien dans l'établissement du bilan comparatif). Am. J. Health. Syst. Pharm., vol. 1, p. 453-456. Consulté le 11 juillet 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.2146/sp120009>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2014). Transitions des soins. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Toronto, ON. Consulté le 25 juillet 2024, à l'adresse suivante : <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/TransitionsDesSoins-RNAO.pdf>

Association of peri Operative Registered Nurses Organization -AORN. (2024). Guideline for prevention of unintentionally retained surgical items (Standard No. 2.4). (2024). Consulté le 12 août 2024 à l'adresse suivante : <https://www.aornguidelines.org/>

Beard, J., Rowell, D., Scott, D., van Beurden, E., Barnett, L., Hughes, K. et Newman, B. (2006). Economic analysis of a community- based falls prevention program (Analyse économique d'un programme communautaire de prévention des chutes). Public Health, vol. 120, p. 742-751. Consulté le 11 juillet 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.04.011>

Bergeron N., Dubois M.J., Dumont M., Dial S., Skrobik Y. (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist : evaluation of a new screening tool (Liste de contrôle pour le repérage du délire en soins intensifs: évaluation d'un nouvel outil de repérage). Intensive Care Medicine, vol. 27, no 5, p. 859-864. Consulté le 15 juillet 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1007/s001340100909>

Bethesda, M.D. (2011). Institute for Patient- and Family-Centered Care, Partnering with Patients and Families to Enhance Safety and Quality : A Mini Toolkit (Institut pour les soins centrés sur les patients et les familles, Collaborer avec les patients et les familles pour améliorer la sécurité et la qualité : Une mini boîte à outils). Consulté le 15 juillet 2024, à l'adresse suivante : <https://www.ipfcc.org/resources/Patient-Safety-Toolkit-04.pdf>

Bullard MJ, Musgrave E, Warren D, Unger B, Skeldon T, Grierson R, van der Linde E, Swain J. (2017). Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) (Révisions aux directives de l'échelle de triage et d'acuité des services d'urgence canadiens). Can J Emerg Med. Consulté le 25 juillet 2024 à l'adresse suivante : <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-emergency-medicine/article/revisions-to-the-canadian-emergency-department-triage-and-acuity-scale-ctas-guidelines-2016/E2CB3E2063C54E11259313FA4FEAE495>

Bureau du coroner Québec. (2019). Rapport d'enquête 2019-00257 Loi sur les coroners. Pour la protection de la VIE humaine 2019. Consulté le 11 octobre 2024 à l'adresse suivante : https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes_publicques/2019-EP00257-9.pdf

Canadian Association of Critical Care Nurses. (2011). Position Statement: Structure of Critical Care Units (Déclaration de principes: structure des unités de soins intensifs). Dynamics. Summer;22(2): 13-4. PMID: 21710915. Consulté le 15 octobre 2024, à l'adresse suivante : <https://caccn.ca/wp-content/uploads/2019/10/PS201104StructureoftheICU.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections (Lignes directrices pour la prévention des infections urinaires liées aux catheters). Consulté le 23 septembre 2024, à l'adresse suivante : <https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/Guideline-CAUTI-H.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018). About Emotional Well-Being (Concepts de bien-être). Consulté le 26 septembre 2024, à l'adresse suivante : https://www.cdc.gov/emotional-well-being/about/?CDC_AA

Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Solutions en matière de Sécurité des Patients (2007). Solutions Pour La Sécurité Des Patients - Préambule - Mai 2007. Genève, Suisse : Presse de l'OMS. Consulté le 30 septembre 2024, à l'adresse suivante : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/psf/patient-safety-solutions/patientsafety-solutions-french.pdf?sfvrsn=65ea372a_6

Centre de l'Organisation mondiale de la Santé pour le développement sanitaire. (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons (Un glossaire des termes relatifs aux soins et services de santé communautaires pour les personnes âgées). WHO Centre for Health Development. Vol. 5. Consulté le 12 juillet 2024 à l'adresse suivante : <https://iris.who.int/handle/10665/68896>

Chant C., Smith O.M., Marshall J.C., Friedrich JO. (2011). Relationship of catheter-associated urinary tract infection to mortality and length of stay in critically ill patients: a systematic review and metaanalysis of observational studies (Relation entre l'infection urinaire associée à un cathéter, la mortalité et la durée du séjour chez les patients gravement malades : revue systématique et méta-analyse d'études d'observation). Critical Care Medicine, vol. 39, no 5, p. 1167-1173. Consulté le 8 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31820a8581>

Cohen SR, Sawatzky R, Russell LB, Shahidi J, Heyland DK, Gadermann AM. (2017) Measuring the quality of life of people at the end of life: The McGill Quality of Life Questionnaire–Revised (Mesure de la qualité de vie des personnes en fin de vie : Le questionnaire sur la qualité de vie de McGill – révisé. Palliative Medicine). Palliative Medicine. 2017;31(2):120-129. Consulté le 23 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1177/0269216316659603>

Collège des médecins du Québec. (2015). La sédation analgésie 04/2015 Lignes directrices. Consulté le 19 août 2024 à l'adresse suivante : https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2440_doc.pdf/73ad933c-b65e-534d-0b38-258ccd1bfcaa

Critical Care Nutrition. (2013). Clinical Practice Guidelines (Lignes directrices de pratique clinique). Consulté le 15 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://www.criticalcarenutrition.com/resources/cpgs/past-guidelines/2013>

Cultural Safety and Humility in Health Services Delivery for First Nations and Aboriginal Peoples in British Columbia. (2016). #itstartswithme Creating a Climate for Change (#cacommeavec moi : Créer un climat propice au changement). Vancouver, C.-B. First Nations Health Authority. Consulté le 25 juillet 2024 à l'adresse suivante : <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf>

Cusimano, M. D., Kwok, J. et Spadafora, K. (2008). Effectiveness of multifaceted fall-prevention programs for the elderly in residential care (Efficacité de programmes de prévention des chutes à volets multiples pour les personnes âgées en contexte de soins en résidence). *Injury Prevention*, vol. 14, 113-122. Consulté le 15 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1136/ip.2007.017533>

Davidson J.E., Jones C., Bienvenu O.J. (2012). Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family (Réaction de la famille à une maladie grave : syndromes de soins postintensifs associés). *Critical Care Medicine*, vol. 40, no 2, p. 618-624. Consulté le 15 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>

Devlin J.W., Boleski G., et al. (1999). Motor Activity Assessment Scale: A valid and reliable sedation scale for use with mechanically ventilated patients in an adult surgical intensive care unit (Échelle d'évaluation de l'activité motrice : Une échelle de sédation valide et fiable pour les patients sous ventilation mécanique dans une unité de soins intensifs chirurgicaux pour adultes.). *Critical Care Medicine*, vol. 27, no 7, p. 1271-1275. Consulté le 17 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1097/00003246-199907000-00008>

Dreyer, T. *Care Transitions : Best Practices and Evidence-based Programs* (Transitions des soins : meilleures pratiques et programmes fondés sur des données probantes) (2014). Center for Healthcare Research et Transformation. Ann Arbor, MI, 32(5):309-16. Consulté le 5 septembre 2024, à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000069>

E.A. Henneman, S. Cardin (2002). Family-Centered Critical Care: A Practical Approach to Making It Happen (Soins intensifs centrés sur la famille : Une approche pratique pour y parvenir). *Critical Care Nurse*, vol 22, no 6, p. 12-19. Consulté le 30 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.4037/ccn2002.22.6.12>

Ely E., Margolin R., Francis J., et al. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) (Évaluation du délire chez les patients en état critique : Validation de la méthode d'évaluation de la confusion pour l'unité de soins intensifs (CAM-ICU)). *Critical Care Medicine*, vol. 29, p. 1370-1379. Consulté le 15 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1097/00003246-200107000-00012>

Ely E.W., Gautam S., May L., Truman B., Francis J., Margolin R., Dittus B., Speroff T., Bernard G., Sessler C. (2001). Monitoring sedation status over time in ICU patients - Reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) (Suivi de l'état de sédation au fil du temps chez les patients en soins intensifs - Fiabilité et validité de l'échelle de sédation-agitation de Richmond (RASS)). *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 163: A954. Consulté le 26 septembre 2024 à l'adresse suivante: <https://doi.org/10.1001/jama.289.22.2983>

Family Integrated Care. (2017). Consulté le 8 octobre 2024 à l'adresse : <https://familyintegratedcare.com/about/>



Fancott, C (2011). Interventions and measurement tools related to improving the patient experience through transitions in care : A summary of key literature (Interventions et outils de mesure associés à l'amélioration de l'expérience des usagers par l'intermédiaire des transitions des soins : Un résumé des principales revues). The Change Foundation. Toronto, ON. Consulté le 8 octobre 2024, à l'adresse suivante : https://www.hqontario.ca/Portals/0/modals/qi/en/processmap_pdfs/resources_links/care%20transitions%20literature%20review.pdf

Franck L.S., Harris S., Soetenga D., Amling J., Curley M. (2008). The withdrawal assessment tool (WAT-1): Measuring iatrogenic withdrawal symptoms in pediatric critical care (L'outil d'évaluation du sevrage (WAT-1) : Mesure des symptômes de sevrage iatrogènes en soins intensifs pédiatriques). Pediatric Critical Care Medicine, vol 9, no 6, p. 573-580. Consulté le 2 juillet 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e31818c8328>

Fraser G.L., Riker R. (2001). Monitoring sedation, agitation, analgesia, and delirium in critically ill adult patients (Surveillance de la sédation, de l'agitation, de l'analgésie et du délire chez les patients adultes en état critique). Critical Care Clinics, vol. 17, Issue 4, p. 967-988. Consulté le 11 juillet 2024 à l'adresse suivante: [https://doi.org/10.1016/s0749-0704\(05\)70189-5](https://doi.org/10.1016/s0749-0704(05)70189-5)

Frolic A., Kata A., Kraus P. (2009). Development of a Critical Care Triage Protocol for Pandemic Influenza: Integrating Ethics, Evidence and Effectiveness (Élaboration d'un protocole de triage des soins intensifs pour la grippe pandémique : Intégration de l'éthique, des preuves et de l'efficacité). Healthcare Quarterly, vol 12, no 4, p. 54-62. Consulté le 8 octobre 2024 à l'adresse suivante: <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21054>

Geerts, W. (2009). Prevention of venous thromboembolism: a key patient safety priority (La prévention de la thromboembolie veineuse : une priorité clé de la sécurité des usagers). Journal of Thrombosis and Haemostasis, vol. 7, Suppl. 1, p. 1-8. Consulté le 30 octobre 2024 à l'adresse suivante : [https://www.jthjournal.org/article/S1538-7836\(22\)17404-0/fulltext](https://www.jthjournal.org/article/S1538-7836(22)17404-0/fulltext)

Gifford A., P. Spiro (2009). Augmenting critical care capacity during a disaster (Renforcer la capacité de soins intensifs en cas de catastrophe). J Geiling, Burns SM, éd. Fundamental Disaster Management. 3e éd. Mount Prospect, Illinois : Society of Critical Care Medicine. Consulté le 11 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2019.06.007>

Health Quality Ontario. (2012). Multiple Intravenous Infusions Phase 1b: Practice and Training Scan Consulté le 11 octobre 2024, à l'adresse suivante : https://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/reports/multipleinfusions1b_May.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2024). Expression des volontés au regard des objectifs de soins et de la décision relative à la réanimation cardiorespiratoire. Consulté le 10 septembre 2024 à l'adresse suivante : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Objectifs_soins_Avis.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2016). Les niveaux de soins - Normes et standards de qualité - Janvier 2016. Consulté le 28 octobre 2024 à l'adresse suivante : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2006). Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en téléadaptation. Consulté le 14 octobre 2024, à l'adresse suivante : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/55532>

Institut national de santé publique du Québec. (2019). La prévention de la pneumonie acquise sous ventilation mécanique. Consulté le 10 septembre 2024 à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2602_prevention_pneumonie_ventilation.pdf

Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. (2014). Ontario Critical Incident Learning, Multiple IV Infusions: Risks and Recommendations (Leçons apprises à la suite d'un accident critique en Ontario, Infusions intraveineuses multiples : risques et recommandations). Consulté le 3 octobre 2024 à l'adresse suivante : https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCONCIL2014-11_MultipleIV-Infusions.pdf

Institute for Patient and Family-Centered Care. (s.d.). Better Together: Partnering with Families, "Facts and Figures" About Family Presence and Participation (Mieux ensemble : Partenariat avec les familles, "Faits et chiffres" sur la présence et la participation des familles). Consulté le 15 octobre 2024, à l'adresse suivante : <https://www.ipfcc.org/bestpractices/Better-Together-Facts-and-Figures.pdf>

Kahn, S.R., Chen, J.M., Emed J., et al. (2013). Interventions for implementation of thromboprophylaxis in hospitalized medical and surgical patients at risk for venous thromboembolism (Interventions pour la mise en œuvre de la thromboprophylaxie chez des patients hospitalisés, requérant une chirurgie et présentant un risque de thromboembolie). Cochrane. Database. Syst. Rev., vol. 7, CD008201. Consulté le 16 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008201.pub2>

Kahn, S.R., Lim, W., Dunn, A.S., et al. (2012) Prevention of VTE in nonsurgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (Prévention de la TEV chez les patients sans chirurgie : traitement antithrombotique et prévention de la thrombose, 9e éd.: Collège américain de médecine thoracique Lignes directrices de pratique clinique fondées sur des données probantes). Chest, vol. 141 (Suppl.) : e195S-e226S. Consulté le 11 juillet 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1378/chest.11-2296>

Klompas M., Branson R., Eichenwald E.C., et al. (2014). Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals: 2014 Update (Stratégies de prévention de la pneumonie sous ventilation mécanique dans les hôpitaux de soins intensifs : mise à jour 2014). Infection Control Hospital Epidemiology, vol. 35, no 8, p. 915-936. Consulté le 31 juillet 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1086/677144>

Kripalani, S., Jackson, A. T., Schnipper, J. L., et Coleman, E. A. (2007). Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists (Promotion de transition des soins efficaces lors du congé d'hôpital : un examen des principaux points pour les médecins exerçant en milieu hospitalier). *Journal of Hospital Medicine*, vol. 2, p. 314-323. Consulté le 4 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1002/jhm.228>

Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., et Baker, D. W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care (Lacunes dans la communication et le transfert de l'information entre les médecins établis à l'hôpital et les médecins de premier recours : répercussions pour la sécurité des usagers et la continuité des soins). *Journal of the American Medical Association*, vol. 297, p. 831-841. Consulté le 30 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>

Lewis, S.Z., Diekemper, R., Ornelas, J., Casey, K. R. (2014). Methodologies for the development of CHEST guidelines and expert panel reports (Méthodes d'élaboration des lignes directrices CHEST et des rapports des groupes d'experts). *Chest*, vol 146, no 1, p. 182-192. Consulté le 18 octobre 2024 à l'adresse suivante : [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)48763-X/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)48763-X/fulltext)

Local Health Integration Network Collaborative. (2011). *Projet provincial d'intégration des initiatives de prévention des chutes : Cadre stratégique et boîte à outils*. Local Health Integration Network Collaborative. Consulté le 3 octobre 2024 à l'adresse suivante : https://cdn.ymaws.com/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9/LHIN_report_Cadrestrat%C3%A9giqueetbo%C3%A9te%C3%A0outils_07-07-2011.pdf

Ludikhuijze J., Smorenburg, S.M., de Rooij, S.E., de Jonge E. (2012). Identification of deteriorating patients on general wards; measurement of vital parameters and potential effectiveness of the Modified Early Warning Score (Identification des patients dont l'état se détériore dans les services généraux ; mesure des paramètres vitaux et efficacité potentielle du Score d'alerte précoce modifié). *Journal of Critical Care*, vol. 27, no 424, articles électroniques 7-13. Consulté le 5 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.01.003>

Lyman, G. H., Khorana, A.A., Lee, A. Y., et al. (2014). Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer : american society of clinical oncology clinical practice guideline update (Prophylaxie et traitement de la thromboembolie veineuse chez des patients atteints de cancer: Mise à jour de la ligne directrice relative aux pratiques de la Société américaine d'oncologie clinique). *J. Clin. Oncol.*, vol. 31, 2013, p. 2189-2204. Consulté le 24 juillet 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.7351>

McClave, S.A. et al. (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient (Lignes directrices pour la mise en place et l'évaluation d'un traitement nutritionnel d'appoint chez le patient adulte en phase critique). *American Society for Parenteral and*

Enteral Nutrition and Society of Critical Care Medicine. Consulté le 19 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>

Milhomme, Daniel, Gagnon, Johanne, Lechasseur, Kathleen. (2018). Processus de surveillance clinique par des infirmières expertes de soins critiques : illustration des résultats d'une étude en sciences infirmières à partir d'une vignette clinique. Recherche en soins infirmiers n° 135 - Décembre 2018 p48-54. Consulté le 3 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://shs.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2018-4-page-48?lang=fr>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité - Cadre de référence. Consulté le 9 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003586/?&date=DESC>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). Cadre de référence ministériel pour les proches aidants. Consulté le 17 juin 2024 à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003813/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). Cadre de référence sur le développement des compétences en soins palliatifs et de fin de vie. Consulté le 6 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001592/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée. Consulté le 10 décembre 2024 à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003342/?&date=DESC&sujet=urgences&critere=sujet>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). Déclaration des incidents et des accidents - Lignes directrices. Consulté le 23 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-735-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). Gestion clinique de l'épisode de soins - Évaluation complète – Triage. Consulté le 26 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-gestion-clinique-de-l-episode-de-soins/evaluation-complete-triage/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). Guide de gestion des urgences. Consulté le 13 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003105/?&date=DESC&sujet=urgences&critere=sujet>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). Guide des pratiques efficaces conduisant à la réduction du temps intrahospitalier passé par l'équipe des techniciens ambulanciers paramédicaux à l'urgence à la suite d'un transport ambulancier. Consulté le 26 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-924-25W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). Plan d'action 2024-2026 du Programme québécois de cancérologie. Consulté le 3 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003763/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). Plan d'action 2020-2025 - Pour un accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité. Consulté le 9 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003444/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Programme national de santé publique – Pour améliorer la santé de la population du Québec 2015-2025. Gouvernement du Québec, Québec. Page consultée le 18 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). Recommandations sur l'optimisation de l'accès aux soins pour les patients en condition critique. Consulté le 10 décembre 2024 à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003613/?&date=ASC>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). Répertoire des guides de planification immobilière – Unité d'imagerie médicale. Consulté le 12 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-610-25W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). Répertoire des guides de planification immobilière - Unité de soins critiques. Consulté le 16 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000497/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Répertoire des guides de planification immobilière - Unité du bloc opératoire, incluant le Service de chirurgie d'un jour. Consulté le 16 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001474/>

Modrykamien A.M. (2012). The ICU follow-up clinic: a new paradigm for intensivists (La clinique de suivi des soins intensifs : un nouveau paradigme pour les intensivistes). Respiratory Care, vol. 57, no 5. Consulté le 3 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.4187/respcare.01461>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). Communities in Action : Pathways to Health Equity (Les communautés en action : Les voies de l'équité en matière de santé). Washington, D.C.: National Academies Press. Consulté le 8 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.17226/24624>

National Center for Injury Prevention and Control. (2015). Preventing Falls: A Guide to Implementing Effective Community-based Fall Prevention Programs (Prévention des chutes : guide pour la mise en œuvre de programmes communautaires efficaces de prévention des chutes). 2e éd. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA. Consulté le 30 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://www.cdc.gov/falls/pdf/fallpreventionguide-2015-a.pdf>

National Transitions in Care Coalition. (2010). Improving Transitions of Care: Findings and Considerations of the “Vision of the National Transitions of Care Coalition” (Amélioration des transitions de soins : observations et facteurs majeurs de la vision des transitions des soins de la coalition nationale). Consulté le 17 septembre 2024 à l'adresse suivante: <https://static1.squarespace.com/static/5d48b6eb75823b00016db708/t/5d49bf22bf13a80001bf1812/1565114147124/IssueBriefs.pdf>

Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., et Hirschman, K. B. (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform (L'étendue des soins : l'importance des soins transitionnels dans la réalisation d'une réforme en santé). Health Affairs (Affaires de la santé), vol. 30, no 4, p. 746-754. Consulté le 4 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>

Oliver, D., Killick, S., Even, T., et Willmott, M. (2008). Do falls and falls-injuries in hospital indicate negligent care -- and how big is the risk? A retrospective analysis of the NHS Litigation Authority Database of clinical negligence claims, resulting from falls in hospitals in England 1995 to 2006 (Les chutes et les blessures causées par les chutes indiquent-elles des soins négligents -- quelle est l'ampleur du risque? Analyse rétrospective de la base de données du NHS Litigation Authority des allégations de négligence clinique découlant de chutes dans des hôpitaux en Angleterre de 1995 à 2006. Quality and Safety in Health Care (revue sur la qualité et la sécurité dans le domaine des soins de santé), vol. 17, p. 431-436. Consulté le 9 septembre 2024 à l'adresse suivante <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.024703>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). Processus de surveillance clinique en soins critiques. (2028) Perspective infirmière, novembre décembre 2028, p. 40-45. Consulté le 3 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://www.oiiq.org/documents/20147/271608/article-surveillance-clinique-perspective-infirmiere-vol-15-no-5-2018.pdf/f2b4bd09-6eaa-7804-e9b9-c779536c949a>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). Surveillance clinique de clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central. Consulté le 4 décembre 2024 à l'adresse suivante : https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/193_doc.pdf

Organisation mondiale de la Santé (2009). Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools (Facteurs humains considérés dans l'examen de la sécurité des patients par rapport aux sujets et aux outils). Consulté le 6 septembre 2024 à l'adresse suivante : https://www.henrythehand.com/wp-content/uploads/2011/02/human_factors_review.pdf

Organisation mondiale de la Santé (2007). Identification des patients. Solutions pour la sécurité des patients. Consulté le 3 octobre 2024 à l'adresse suivante : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/psf/patient-safety-solutions/patientsafety-solutions-french.pdf?sfvrsn=65ea372a_6

Organisation mondiale de la Santé. (2019). Recovery practices for mental health and well-being (Pratiques de rétablissement pour la santé mentale et le bien-être). Genève, Suisse : Auteur. Consulté

le 10 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329602/9789241516747-eng.pdf>

Organisation mondiale de la Santé (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age (Rapport mondial de l'OMS sur la prévention des chutes chez les personnes âgées). Consulté le 7 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536>

Parisi, L.L. (2003). Patient identification : the foundation for a culture of patient safety (Identification des patients : les principes de base d'une culture de sécurité des usagers). Journal of Nursing Care Quality, vol. 18, p. 73-79. Consulté le 7 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1097/00001786-200301000-00010>

Patterson, E. S. et Wears, R. L. (2009). Beyond “communication failure” (Au-delà de la panne de communication). Annals of Emergency Medicine, vol. 53, p. 711-712. Consulté le 11 juillet 2024 à l'adresse suivante : <https://researchers.mq.edu.au/en/publications/beyond-communication-failure>

Preventing Hospital-Associated Venous Thromboembolism : A Guide for Effective Quality Improvement (Prévention de la thrombose veineuse acquise à l'hôpital : Guide pour l'amélioration efficace de la qualité). (2016). Version 3.3. Préparé par la Society of Hospital Medicine. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD. Consulté le 2 juillet 2024 à l'adresse suivante : <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/vteguide.pdf>

Rahman A., Hasan R.M., Agarwala R., Martin C., Day A.G., Heyland D.K. (2015). Identifying critically ill patients who will benefit most from nutritional therapy: Further validation of the “modified NUTRIC” nutritional risk assessment tool (Identification des patients gravement malades qui bénéficieront le plus d'une thérapie nutritionnelle : Validation supplémentaire de l'outil d'évaluation du risque nutritionnel “NUTRIC modifié”). Clinical Nutrition. Clinical Nutrition, Volume 35, Issue 1, 158 – 162. Consulté le 3 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.01.015>

Schrijvers, G., van Hoorn, A., et Huiskes, N. (2012). The Care Pathway Concept: concepts and theories: an introduction (Le parcours de soins : Notions et theories. Une introduction). International Journal of Integrated Care, 12(6), Article e192. Consulté le 11 juillet 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.5334/ijic.812>

Seda, Gilbert et al. (2019). Augmenting Critical Care Capacity in a Disaster (Augmenter la capacité des soins critiques en cas de catastrophe). Critical Care Clinics, Vol. 35, Issue 4, p. 563 – 573. Consulté le 8 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2019.06.007>

Smith H.A., Boyd J., Fuchs D.C., et al. (2011). Diagnosing delirium in critically ill children: Validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (pCAM-ICU) (Diagnostiquer le délire chez les enfants gravement malades : Validité et fiabilité de la méthode

d'évaluation de la confusion pédiatrique en unité de soins intensifs (pCAM-ICU)). Critical Care Medicine, vol. 39, p. 150-157. Consulté le 18 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181feb489>

Society of Critical Care Medicine. (2013). Post-Intensive Care Syndrome (Syndrome post-soins intensifs). Consulté le 5 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004586>

Starmer, A.J., Sectish, T. C., Simon D.W., et al. (2013). Rates of medical errors and preventable adverse events among hospitalized children following implementation of a resident handoff bundle (Taux d'erreurs médicales et d'événements indésirables évitables chez les enfants hospitalisés à la suite de la mise en œuvre d'un ensemble de processus de transfert de résidents). JAMA , vol. 310, n° 21, p. 2262-2270. Consulté le 3 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281961>

Stelfox, H.T., Lane, D., Boyd, J.M., Taylor, S., Perrier L., Straus, S., Zygun, D., Zuege, D.J. (2015). A scoping review of patient discharge from intensive care: opportunities and tools to improve care (Une étude exploratoire sur la sortie des patients des soins intensifs : possibilités et outils pour améliorer les soins). Chest, vol. 147, no 2, p. 317-327. Consulté le 12 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1378/chest.13-2965>

The Intensive Care Society (UK). (2009). Levels of Critical Care for Adult Patients (Niveaux de soins intensifs pour les patients adultes). The Intensive Care Society. Consulté le 19 juillet 2024, à l'adresse suivante : <https://icmuk.com/wp-content/uploads/2014/02/Revised-Levels-of-Care-21-12-09.pdf>

Thirugnanam, S., Pinto, R., Cook, D.J., Geerts, W.H., Fowler, R.A.. (2012) Economic analyses of venous thromboembolism prevention strategies in hospitalized patients : a systematic review (Analyses économiques des stratégies de prévention de la thromboembolie veineuse chez des patients hospitalisés : étude systématique). Critical Care, 16 : R43. Consulté le 19 juillet 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/cc11241>

Thompson, D. R., Hamilton D.K., Cadenhead, C.D., et al. (2012). Guidelines for intensive care unit design (Lignes directrices pour la conception des unités de soins intensifs). Critical Care Medicine, vol. 40, no 5, p. 1586-1600. Consulté le 13 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182413bb2>

Trachtenberg, M. et Ryvicker, M. (2011). Research on transitional care : from hospital to home (Recherche sur les soins transitionnels : de l'hôpital à la maison). Home Healthcare Nurse, vol. 29, p. 645-651. Consulté le 9 septembre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1097/NHH.0b013e318234175d>

Turpel-Lafond, M. (2020). In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. (Bien en vue : Remédier au racisme et à la discrimination à l'endroit des Autochtones dans le



secteur des soins de santé de la C.-B.). Victoria, C.-B. : BC Ministry of Health. Consulté le 2 juillet 2024 à l'adresse suivante : https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2021/02/In-Plain-Sight-Data-Report_Dec2020.pdf1_.pdf

University of British Columbia. (2021). Measurement-based care for depression (Soins de la dépression fondés sur la mesure). Consulté le 15 juillet 2024, à l'adresse suivante: <https://workingwithdepression.psychiatry.ubc.ca/measurement-based>

Warren J., Fromm R.E. Jr, R.A. Orr, et al. (2004). Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients (Lignes directrices pour le transport inter- et intrahospitalier des patients gravement malades). Critical Care Medicine, 32, p. 256-262. Consulté le 3 octobre 2024 à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000104917.39204.0A>