



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Déficiences physique, déficiency intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

Manuel d'évaluation

750-05.001.124-QC.20 V:1 (FR)

IMPORTANT : VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LA PUBLICATION. L'UTILISATION DE CETTE PUBLICATION EST ASSUJETTIE AUX CONDITIONS ÉNONCÉES CI-DESSOUS.

Cette publication est fournie par Agrément Canada. Cette publication, et tout son contenu, est la propriété d'Agrément Canada ou de ses concédants de licence, peut être une compilation ou un regroupement d'écrits, d'études, de documents et de matériel appartenant à des tiers et est protégée par le droit d'auteur et d'autres droits de propriété intellectuelle s'appliquant au Canada et partout dans le monde.

En ce qui concerne les parties de cette publication qui appartiennent à Agrément Canada ou à ses concédants de licence, vous avez l'autorisation d'utiliser, de reproduire, de retransmettre et de redistribuer cette publication à l'interne, dans votre organisation (sur papier ou sur un réseau numérique), à des fins d'information seulement, dans la mesure où l'avis sur le droit d'auteur ainsi que toutes les permissions et tous les extraits pertinents sont inclus. **Toutes les autres formes d'utilisation ou d'exploitation sont expressément interdites sans la permission expresse d'Agrément Canada.**

Vous êtes l'unique responsable de votre utilisation des écrits, des études, des documents et du matériel (individuellement et collectivement, les « Références ») qui ne sont pas produits, détenus ou utilisés sous licence par Agrément Canada, ce qui veut dire entre autres que vous devez obtenir la permission des propriétaires de toute Référence si vous voulez reproduire ou distribuer cette Référence (en tout ou en partie).

Sauf dans les cas spécifiques susmentionnés (ou dans les cas où Agrément Canada a accordé sa permission expresse, ou, selon le cas, le (s) propriétaire (s) des Références), vous ne pouvez pas : i) utiliser cette publication à toute autre fin (y compris, mais sans s'y limiter, à des fins commerciales); ii) reproduire, retransmettre, réimprimer ou distribuer cette publication, et toutes les Références, à l'intention d'une autre personne ou entité; iii) modifier, réviser ou traduire cette publication, y compris les Références; iv) supprimer, modifier ou cacher un nom de marque, une marque de commerce ou un avis de droit d'auteur faisant partie de cette publication ou d'une Référence; v) combiner cette publication, y compris les Références (en tout ou en partie), avec un autre produit (ou logiciel).

Cette publication, Références comprises, est fournie « telle quelle » sans garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou tacite, notamment sans garantie de pertinence ou de qualité marchande, de convenance ou de respect des droits de propriété intellectuelle ni de garantie sur le fait que cette publication, Références comprises, et son contenu sont complets, corrects, à jour et exempts d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. En aucun cas, Agrément Canada ou ses concédants de licence ne seront responsables à votre égard ou à l'égard de toute autre personne ou entité de dommages directs, indirects, accessoires, spéciaux ou consécutifs faisant suite ou étant liés à cette publication, à son utilisation ou à son exploitation (y compris la perte de profits, la perte de revenus anticipée ou réelle, la perte de données, l'impossibilité d'utiliser un système d'information quelconque, le défaut de réaliser les économies prévues ou toute autre forme de perte économique ou encore la revendication d'un tiers), que ces dommages soient le résultat d'une négligence, d'un délit, d'une loi, d'un droit en equity, d'un contrat (y compris une violation fondamentale), d'un droit en common law ou de toute autre cause d'action ou théorie légale, même s'ils ont été avisés de la possibilité de tels dommages.

Si vous n'acceptez pas ces conditions (en tout ou en partie), vous ne pouvez pas utiliser la publication. Si vous ne respectez pas l'une des présentes conditions, vous autorisez Agrément Canada à vous retirer le droit d'utiliser cette publication.

D'autres conditions se rapportant à l'utilisation, à la reproduction et à toute autre exploitation des documents régis par les présentes conditions d'utilisation pourraient s'appliquer au personnel des organismes ayant signé une entente avec HSO ou ses concédants de licence. Ces autres conditions, si elles existent, ont préséance sur les conditions décrites aux présentes dans le cas d'un conflit et seront considérées comme déterminantes pour tous les aspects du conflit. Renseignez-vous auprès de votre organisme afin de savoir si de telles conditions existent afin de vous guider dans l'utilisation, la reproduction ou toute autre exploitation du présent document par le personnel de votre organisme.

Rien dans les présentes conditions ne doit être considéré comme vous conférant ou vous transférant, à vous ou à votre organisation, une propriété, un titre ou un intérêt liés à cette publication, y compris les Références, et à son contenu, ou un droit de propriété intellectuelle à cet égard.

Pour demander la permission de reproduire ou d'utiliser d'une autre manière les parties de cette publication ou de son contenu qui appartiennent à Agrément Canada pour toute autre fin, y compris à des fins commerciales, veuillez présenter votre demande par courriel à : publications@healthstandards.org

Agrément Canada permet aux Établissements participants, au moyen d'un contrat de licence d'utilisateur final (CLUF), d'accéder et d'utiliser notre propre portail en ligne et notre matériel de propriété exclusive, nécessaires pour permettre aux Établissements participants de participer au programme d'agrément. Le Client peut utiliser le matériel de propriété exclusive et les Renseignements confidentiels d'Agrément Canada uniquement aux fins de l'exécution de ses obligations en vertu du contrat. Le Client, y compris chaque Établissement participant, doit s'assurer, avant de livrer à Agrément Canada tout matériel de propriété exclusive d'un tiers en vue de son utilisation aux fins de l'exécution du contrat, que le Client ou l'Établissement participant a obtenu les droits appropriés du tiers et s'engage à fournir à Agrément Canada une copie de la licence applicable.

© 2020 Agrément Canada et ses concédants de licence. Tous droits réservés.

Table des matières

Avant-propos.....	III
Introduction.....	IV
Chapitre 1 : Excellence des services	8
1.1 Soins centrés sur les personnes	8
1.2 Direction clinique	10
1.3 Compétences	13
1.4 Aide à la décision.....	21
1.5 Impact sur les résultats.....	23
1.6 Gestion intégrée de la qualité	29
1.7 Gestion des risques.....	31
Chapitre 2 : Services de déficience physique (usagers inscrits).....	35
2.1 Épisode de soins - Services de déficience physique (usagers inscrits).....	35
2.2 Prévention et contrôle des infections - Services de déficience physique (usagers inscrits)	51
2.3 Gestion des médicaments - Services de déficience physique (usagers inscrits)	54
2.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de déficience physique (usagers inscrits)	57
Chapitre 3 : Services de déficience physique (usagers admis)	58
3.1 Épisode de soins - Services de déficience physique (usagers admis).....	58
3.2 Prévention et contrôle des infections - Services de déficience physique (usagers admis).....	75
3.3 Gestion des médicaments - Services de déficience physique (usagers admis).....	79
3.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de déficience physique (usagers admis).....	81
Chapitre 4 : Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	83
4.1 Épisode de soins - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	83
4.2 Prévention et contrôle des infections - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	100
4.3 Gestion des médicaments - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	103
4.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits).....	105
Chapitre 5 : Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	107
5.1 Épisode de soins - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis).....	107
5.2 Prévention et contrôle des infections - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis).....	127
5.3 Gestion des médicaments - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	130

5.4	Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	132
Chapitre 6	: Documents de référence	134
Chapitre 7	: Glossaire.....	135

Avant-propos

Le concept de soins centrés sur les personnes dans le cadre du manuel d'évaluation Services Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme.

Agrément Canada tient à souligner à nouveau l'importance de travailler en partenariat avec les usagers et les familles. Tel que mentionné dans le Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux¹ publié par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, l'objectif de l'approche de partenariat est de permettre aux usagers et à leurs proches d'exercer une plus grande influence sur leur santé, sur les décisions relatives à leurs soins et à leurs services, ainsi que sur l'organisation des soins et des services et la gouvernance. L'évaluation de l'atteinte de cet objectif s'effectue à travers une multitude de critères que l'on retrouve dans le présent manuel d'évaluation.

Dans le cadre des soins et des services offerts aux usagers d'âge mineur, selon le cadre législatif en place au Québec, Agrément Canada adopte l'approche centrée sur la famille telle que définie par le groupe CanChild ; cette approche reconnaît que chaque famille est unique ; que la famille est un élément constant dans la vie de l'enfant et qu'elle est l'experte en ce qui concerne les habiletés et les besoins de l'enfant. Les familles travaillent avec les intervenants pour prendre des décisions éclairées sur les services et le soutien requis par l'enfant et l'ensemble de la famille. Dans cette approche, les forces et les besoins de tous les membres de la famille sont pris en compte². L'approche centrée sur la famille doit donc être appliquée aux critères servant à évaluer les soins et services offerts aux usagers d'âge mineur.

Dans ce contexte, il est important de préciser qu'Agrément Canada définit la famille de l'utilisateur comme étant une personne ou des personnes ayant des liens (biologiques, juridiques ou affectifs) avec ce dernier. Elle inclut les membres de la famille immédiate et d'autres personnes qui font partie du réseau de soutien de l'utilisateur. On inclut également la famille élargie de l'utilisateur, soit les conjoints, les amis, les personnes chargées de le représenter, les tuteurs et d'autres personnes. L'utilisateur qui reçoit les services détermine qui fait partie de sa famille, et il a le droit d'exclure des membres de la famille de ses soins ou de les inclure ; il peut redéfinir qui fait partie de sa famille au fil du temps.

Dans un contexte d'intervention avec une clientèle d'âge mineur, le cadre législatif en vigueur au Québec sera appliqué pour la notion de consentement, cela comprend la capacité des jeunes de 14 ans et plus à consentir seul aux soins requis pour son état de santé.

En ce qui concerne l'utilisation du terme « incident », considérant que son interprétation diffère de celle de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S -4.2), le lecteur doit se référer aux définitions ci-après utilisées dans les normes de HSO.

Incident lié à la sécurité des usagers : Événement ou circonstance qui aurait pu causer ou a causé un préjudice inutile pour l'utilisateur. Voici des types d'incidents liés à la sécurité des usagers :

- **Incident préjudiciable :** Incident lié à la sécurité qui a causé un préjudice à l'utilisateur. Ce terme remplace « événement indésirable » et « événement sentinelle ».
- **Incident sans préjudice :** Incident lié à la sécurité des usagers qui a atteint un utilisateur, mais qui ne lui a causé aucun préjudice perceptible.
- **Incident évité de justesse :** Incident lié à la sécurité des usagers qui n'a pas atteint l'utilisateur.

Incident lié à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments : Toute erreur pouvant être évitée qui survient pendant la prescription, la dispensation ou l'administration d'un médicament et qui peut causer ou risque de causer du tort à l'utilisateur. Cela diffère de l'événement indésirable lié aux médicaments, qui est un préjudice inévitable causé par l'administration d'un médicament prescrit.

¹ MSSS (2018) Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux, Québec : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>

² CanChild Centre for Childhood Disability Research (2007), McMaster University, Des services centres sur la famille, c'est quoi ? <https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/501/original/SCF1.pdf>

Manuel d'évaluation: Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

Introduction

Depuis de nombreuses années, les personnes qui œuvrent dans les Établissements de santé ont démontré leur préoccupation en regard de pratiques de qualité et sécuritaires, autant pour les activités cliniques que de gestion. Agrément Canada a su soutenir les organismes de santé et de services sociaux dans leur volonté d'amélioration continue des programmes-services et des activités qui s'y rattachent.

L'exercice d'auto-évaluation est une étape essentielle d'une démarche d'amélioration continue. Ce manuel d'évaluation, conçu en collaboration avec des usagers, représente donc un outil structurant pour les gestionnaires et leurs équipes cliniques qui désirent dresser un portrait de la conformité de leurs pratiques en rapport avec les normes de qualité et de sécurité. Le contenu de ce manuel d'évaluation est basé sur les normes développées au fil des ans par l'Organisation de normes en santé (HSO), cette dernière étant elle-même agréée par l'ISQua (International society for quality in health care).

En procédant à l'auto-évaluation de leurs services, les équipes « terrain » et les usagers-partenaires se mobilisent à l'égard de la qualité et de la sécurité des soins tout en apprivoisant les normes et les critères applicables à leur champ d'activité. Il est fortement recommandé de procéder à l'auto-évaluation en adoptant une approche collaborative et interdisciplinaire qui comprend la participation des usagers afin de bien refléter la réalité de la pratique et assurer une diversité de points de vue durant l'exercice. Les résultats de cette démarche d'auto-évaluation permettront aux équipes cliniques de suivre de près les progrès de l'organisme par rapport à la conformité aux critères tout en assurant une participation continue dans la démarche d'agrément sur un cycle de 5 ans.

L'auto-évaluation réalisée à l'aide du manuel d'évaluation est un exercice propre à l'Établissement et servira de base à l'élaboration d'un plan d'amélioration. Au moment de la visite d'agrément, les visiteurs n'auront pas accès aux résultats de l'auto-évaluation, ceux-ci seront à l'usage exclusif du secteur concerné. Cet exercice constituera une base pour initier, adapter, poursuivre ou intensifier les initiatives d'amélioration continue.

Le programme d'agrément offert aux Établissements publics de santé du Québec s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'auto-évaluation réalisée par les équipes cliniques, l'administration de sondages, de même que l'évaluation sur place (visite d'agrément). La visite d'agrément est menée selon une approche par traceur et est effectuée par des pairs, nommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de dégager le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un organisme 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'auto-évaluation.

Mot du ministère de la Santé et des Services sociaux

Conformément aux dispositions de gouvernance mises en œuvre en 2015 au sein du réseau de la santé et des services sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015), les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) assument toutes les obligations des Établissements qui ont été fusionnés. Les CISSS et CIUSSS ont la responsabilité de mettre en place des services de déficience physique, déficience intellectuelle et des troubles du spectre de l'autisme de manière répondre à toutes les missions qui leur sont attribuées en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (chapitre S-4.2). Cette réorganisation crée un contexte propice à la mise en place d'un continuum de services intégrés en matière de services de déficience physique, déficience intellectuelle et des troubles du spectre de l'autisme. Notons toutefois que les rôles et responsabilités des 7 Établissements non fusionnés (CHU et instituts) conservent les mêmes rôles et responsabilités qu'ils avaient auparavant, à l'exception de ceux qui sont attribués au ministre et au MSSS.

En cohérence avec cette nouvelle gouvernance et avec les visées d'intégration des services qui en découlent, bien que les CISSS et CIUSSS maintiennent leurs responsabilités au regard des missions qui les définissent au sens de la LSSSS, ceux-ci disposent désormais d'une souplesse accrue dans l'organisation des services de déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. Les Établissements ont la responsabilité d'organiser les services sur leur territoire faisant en sorte d'assurer le déploiement optimal de l'ensemble du continuum de services de déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme.

Concrètement, dans un objectif d'intégration, le continuum de services doit être soutenu et opérationnalisé par des trajectoires qui décrivent le cheminement le plus efficace et le plus efficient permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin. À cet égard, la direction responsable des services de déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme doit assumer un leadership auprès des autres directions de son Établissement et des partenaires de son réseau territorial de services (RTS).

Structure du manuel

Agrément Canada a élaboré ce manuel d'évaluation selon une logique de programme-services, tout comme l'est la nouvelle démarche d'agrément Qmentum récemment adaptée au contexte québécois.

Cet outil est le fruit d'une co-création ayant mis à contribution les principaux acteurs concernés et a été spécialement conçu pour votre programme-services : les critères d'évaluation présentés sont directement en lien avec la réalité de votre programme et avec chacune de ses composantes de services.

En quoi consiste ce manuel?

Normes HSO

Ce manuel décrit les critères applicables au programme-services *Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme* selon les normes HSO suivantes :

- Excellence des services
- Prévention et contrôle des infections
- Gestion des médicaments
- Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables
- Réadaptation
- Déficience intellectuelle et déficits sur le plan du développement

Dimensions de la qualité

Le cadre de qualité d'Agrément Canada comporte huit dimensions de la qualité qui jouent un rôle dans la prestation de soins sécuritaires et de grande qualité dans tous les secteurs des services 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 l'objectif du critère.

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



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



Accessibilité : Offrez-moi des services équitables, en temps opportun



Sécurité : Assurez ma sécurité



Milieu de travail : Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi



Services centrés sur l'utilisateur : Collaborez avec moi et ma famille à nos soins



Continuité : Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins



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



Efficience : Utilisez les ressources le plus adéquatement possible

Types de critères

Pratique organisationnelle requise



Pratiques organisationnelles requises (POR) : Les POR sont des pratiques qui ont été déterminées comme étant essentielles et qui doivent être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des usagers et minimiser les risques.

Dans ce manuel, les POR sont présentées comme suit :

Énoncé de la POR : L'énoncé de la POR définit la pratique attendue dans l'organisme. Par exemple : Le transfert de l'information de l'utilisateur aux points de transition : L'équipe transfère l'information efficacement aux prestataires aux points de transition.

Conseils : Les conseils fournissent un contexte et les raisons pour lesquelles les POR sont importantes pour la sécurité des usagers et la gestion des risques. Ils contiennent aussi des données probantes et de l'information sur les moyens de se conformer aux tests de conformité. Même si les conseils éclairent et renseignent, l'information qu'ils véhiculent ne fait pas partie des exigences. De fait, il est possible de se conformer aux Tests de conformité sans suivre les conseils.

Tests de conformité : Les Tests de conformité sont les exigences particulières que les visiteurs évaluent sur place pour déterminer si l'organisme client respecte la POR. L'organisme doit répondre aux exigences de tous les Tests de conformité d'une POR pour que l'évaluation indique qu'il est en conformité avec cette POR.

Critères à priorité élevée



Priorité élevée : Les critères à priorité élevée portent sur la sécurité, l'éthique, la gestion des risques et l'amélioration de la qualité.

Critères normaux

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

Chapitre 1 : Excellence des services

L'évaluation de l'excellence des services s'applique à la direction du programme-services. Elle porte sur les processus prioritaires concernant l'aide à la décision, les compétences, le leadership clinique, l'impact sur les résultats ainsi que les critères relatifs à la gestion intégrée de la qualité et à la gestion des risques.

1.1 Soins centrés sur les personnes



- 1.1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.

Conseils :

La collaboration avec les usagers, les partenaires et la communauté pour concevoir les services se fait au moyen de groupes de défense des intérêts des usagers, de comités consultatifs communautaires et de sondages sur l'expérience vécue par l'utilisateur. Les lacunes dans les services sont cernées et comblées, si possible.



- 1.1.2 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Les usagers et les familles, l'équipe et les partenaires de la communauté participent à l'élaboration des buts et objectifs de l'équipe. Les buts et objectifs correspondent aux orientations stratégiques de l'organisme et sont au cœur de la prestation des services. Les objectifs sont clairs, présentent des résultats et des facteurs de réussite mesurables, sont réalistes et fondés sur un échéancier.

Les buts et objectifs sont significatifs pour l'équipe. Ils sont revus annuellement ou au besoin et leur atteinte est évaluée.

Les buts et les objectifs sont en accord avec les objectifs fédéraux, provinciaux ou territoriaux, le cas échéant.



- 1.1.3 Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Un processus permet de cerner et de signaler les obstacles qui empêchent d'accéder aux services et aussi de les éliminer.

Les obstacles qui empêchent les usagers d'accéder aux services peuvent englober la proximité et la distribution des services, l'environnement physique, la pertinence des services d'un point de vue culturel, les temps d'attente, les types de services offerts, les barrières linguistiques, les barrières financières, l'accès au transport et l'accès aux services d'urgence en tout temps.

Lorsque les obstacles échappent au contrôle de l'organisme ou de l'équipe, ces derniers travaillent avec les partenaires ou la communauté pour les réduire.



- 1.1.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.

Conseils :

Dans la mesure du possible, l'espace physique est conçu de manière à être sécuritaire et à respecter la vie privée et la confidentialité. Les usagers et les familles participent à la planification et à la conception de l'aménagement et de l'utilisation de l'espace de manière à répondre à leurs besoins. La dignité des usagers, le respect de la vie privée, la confidentialité, l'accessibilité, la prévention et le contrôle des infections et d'autres besoins spécifiques des usagers et de la communauté desservis sont pris en considération dans la conception et l'utilisation de l'espace.

Lorsque les services sont offerts à l'extérieur de l'organisme (p. ex., au domicile de l'utilisateur ou dans un organisme de la communauté avec lequel l'organisme a établi un partenariat), l'équipe travaille avec l'utilisateur ou le partenaire pour maintenir la sécurité et respecter la vie privée.



- 1.1.5 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.

Conseils :

Le programme d'orientation porte, à tout le moins, sur la mission, la vision et les valeurs de l'organisme; le mandat, les buts et les objectifs de l'équipe; la philosophie de soins centrés sur l'utilisateur et la mise en application de ses principes dans la pratique; les rôles, les responsabilités et les attentes en matière de rendement; les politiques et les procédures, incluant la confidentialité; les initiatives visant l'équilibre vie-travail; ainsi que l'approche de gestion intégrée de la qualité de l'organisme (p. ex., amélioration de la qualité, gestion des risques, gestion de l'utilisation des ressources).

Les processus et les activités d'orientation sont documentés.



- 1.1.6 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.

Conseils :

Une communication régulière entre les membres ou le chef d'équipe et les représentants des usagers et des familles permet de s'assurer que la relation est mutuellement bénéfique. Les discussions peuvent notamment offrir la possibilité d'une plus grande collaboration et d'une satisfaction accrue quant aux rôles de chacun.

Bien qu'un dialogue ouvert et transparent soit ainsi encouragé, le personnel d'encadrement reconnaît que les représentants des usagers et des familles doivent demeurer indépendants de l'organisme afin d'assurer l'impartialité de leurs opinions et recommandations.



- 1.1.7 Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

L'analyse des incidents liés à la sécurité des usagers comprend la détermination des facteurs contributifs, l'adoption de mesures pour éviter que la même situation ne se reproduise et la surveillance de l'efficacité de ces mesures. Les organismes utilisent cette information pour élaborer des stratégies qui permettent de prévoir les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe de façon proactive et pour s'en occuper.



- 1.1.8 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Les objectifs d'amélioration de la qualité définissent ce que l'équipe essaie de réaliser et le délai qu'elle se fixe pour y parvenir. Les objectifs appropriés d'amélioration de la qualité sont généralement établis pour une courte période, comportent des buts qui excèdent le rendement actuel et correspondent aux priorités stratégiques à long terme ou aux secteurs liés à la sécurité des usagers. Le délai établi variera en fonction de la nature de l'objectif.

L'acronyme SMART s'avère un outil utile pour établir des objectifs significatifs qui doivent être spécifiques, mesurables, appropriés, réalistes et temporels.

1.2 Direction clinique



- 1.2.1 L'équipe a accès de façon continue à du counseling, du soutien émotionnel et à d'autres types de soutien dans le milieu de travail.

Conseils :

Le soutien émotionnel et d'autres types de soutien englobent le fait de travailler dans un milieu où les membres de l'équipe ont une charge de travail raisonnable, un soutien adéquat de la part des superviseurs, des niveaux d'autonomie appropriés et accès à du counseling ou à d'autres programmes.

Du counseling et de l'appui sont disponibles pour les membres de l'équipe afin de les aider à faire face aux défis uniques que présente le travail avec les enfants, les jeunes et les familles dans des situations difficiles pour empêcher l'épuisement professionnel, le traumatisme vicariant et l'usure de compassion.

Les membres de l'équipe qui font face à des situations de crise, comme dans le cas de décès d'un enfant, ont immédiatement accès à du soutien et du counseling.



- 1.2.2 L'information est recueillie auprès des usagers et des familles, des partenaires et de la communauté et mise à profit dans la conception des services.

Conseils :

De nouveaux renseignements peuvent être sollicités auprès des usagers et des familles, des partenaires et de la communauté, ou l'information existante peut être utilisée si elle est encore pertinente. Il se peut que l'équipe n'ait pas le mandat de recueillir de l'information, mais elle doit savoir comment y accéder et utiliser ce qui est mis à sa disposition. Ces renseignements peuvent provenir de différentes sources internes et externes telles que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les recensements, les rapports de planification de la cessation des services, les données relatives aux listes d'attente et les études sur les besoins de la communauté.

L'information englobe les besoins exprimés par les usagers auxquels l'organisme offre des services de même que les tendances qui pourraient avoir des répercussions sur la communauté et ses besoins en matière de services de santé.

Les besoins en matière de services de santé varient en fonction de l'état de santé, des capacités, des risques et des déterminants de la santé (c.-à-d. le revenu, les réseaux de soutien social, le niveau de scolarité et d'alphabétisme, la situation d'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé, le sexe et la culture).



- 1.2.3 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

La surveillance et l'évaluation des services qu'elle dispense permettent à l'équipe d'examiner quels services sont offerts aux usagers et quels services sont utilisés, et de cerner les possibilités d'amélioration. Le type d'information recueillie au sujet des services est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.

La surveillance de l'utilisation des services peut rendre les processus internes plus efficaces en cernant les lacunes dans les services, que ce soit dans l'organisme ou dans la communauté. Les services sont évalués pour déterminer s'ils sont offerts et utilisés comme prévu, s'ils sont de qualité appropriée et si des améliorations doivent être apportées à la conception des services et à la gamme de services offerts.

L'information est utilisée pour améliorer l'efficacité en minimisant les chevauchements, en évaluant la rentabilité des technologies et des interventions et en assurant une plus grande uniformité dans l'ensemble de l'organisme.



- 1.2.4 Des partenariats sont formés et maintenus avec d'autres services, programmes, prestataires et organismes pour répondre aux besoins des usagers et de la communauté.

Conseils :

Les capacités d'une seule équipe ou d'un seul organisme ne peuvent en aucun cas suffire à répondre à l'ensemble des besoins des usagers ou de la communauté. Les partenariats peuvent être créés pour aider les usagers à passer d'un service à un autre dans l'ensemble du continuum de soins ou pour combler des lacunes liées aux services.

Des partenariats peuvent être établis avec des organismes de soins primaires, des organismes de soins de courte durée, des organismes de la communauté, des services de santé mentale ainsi que des services sociaux, des services d'enseignement et de logement. L'organisme peut aussi établir des partenariats ou des liens avec des organismes fédéraux, provinciaux ou territoriaux et aussi avec des organismes non gouvernementaux.

Les liens et partenariats varient selon la gamme de services fournis par l'organisme et les besoins des usagers.



- 1.2.5 L'information sur les services est mise à la disposition des usagers et des familles, des organismes partenaires et de la communauté.

Conseils :

L'information porte, à tout le moins, sur la gamme de services offerts par l'organisme, les coûts pour l'utilisateur, le cas échéant, la façon d'accéder aux services, les points de contact, l'efficacité des services et leurs résultats, tout autre service pouvant répondre aux besoins particuliers de l'utilisateur, et les organismes partenaires.

Les usagers et les familles, les organismes partenaires et la communauté participent au processus visant à déterminer quelle information est nécessaire ou voulue et à évaluer si l'information répond à leurs besoins.




- 1.2.6 Les exigences et les lacunes relatives aux ressources sont cernées et communiquées au personnel d'encadrement de l'organisme.

Conseils :

Les membres de l'équipe et l'organisme déterminent quelles sont les ressources nécessaires pour offrir des soins sûrs, efficaces et de haute qualité. Les ressources peuvent être humaines, financières, structurelles, informationnelles ou technologiques.

La détermination des ressources nécessaires est un processus collaboratif entre l'équipe et le personnel d'encadrement de l'organisme. Cela comprend des critères pour déterminer où les ressources sont requises et quels sont les risques potentiels pour l'équipe et les usagers, les lacunes possibles au niveau des services, l'encombrement potentiel des services ou les obstacles éventuels à la prestation des services ou à leur accès.


L'équipe et le personnel d'encadrement de l'organisme travaillent ensemble pour déterminer comment utiliser efficacement les ressources disponibles ou si des ressources additionnelles sont nécessaires.

- 
- 1.2.7 Les exigences et les lacunes liées à la technologie et aux systèmes d'information sont cernées et communiquées au personnel d'encadrement de l'organisme.

Conseils :

La technologie comprend les dossiers médicaux et de santé électroniques (DME et DSE), les outils d'aide à la décision, les systèmes de suivi des usagers, les systèmes de gestion des listes d'attente, les outils d'auto-évaluation des usagers ou les registres ou bases de données propres à des services spécifiques. Selon l'organisme, les systèmes nécessaires peuvent être complexes (p. ex., des logiciels de pointe pour accroître l'interopérabilité) ou peuvent appuyer des opérations de base (p. ex., des systèmes informatiques plus nouveaux).

Dans la mesure du possible, des technologies de l'information innovatrices servent à soutenir le secteur de services.


- 
- 1.2.8 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Le fait de s'assurer d'avoir le niveau d'expérience et de compétence optimal favorise une prestation de services sûrs, efficaces et centrés sur l'utilisateur en plus de créer des possibilités d'apprentissage entre les membres de l'équipe.

Des ratios optimaux d'expérience et de compétence fondés sur des données probantes sont déterminés. Les membres de l'équipe possèdent une vaste gamme de connaissances et d'habiletés, de même qu'une solide expérience de travail auprès de différents groupes d'utilisateurs.

Les usagers et les familles ont un point de vue unique sur le niveau d'expérience et de compétences offert par leur équipe. Ils pourraient être en mesure d'indiquer les services que leur équipe de soins n'a pu leur offrir, de même que les compétences et les connaissances individuelles qui pourraient améliorer l'expérience vécue par l'utilisateur. Par exemple, les usagers et les familles peuvent être bien placés pour reconnaître une lacune sur le plan des ressources ou des connaissances dans l'équipe (p. ex. connaissance des ressources communautaires, expérience de travail auprès des usagers et des familles aux prises avec certaines maladies, certains obstacles, ayant différents niveaux de compréhension ou parlant différentes langues) de même que les aspects qui pourraient améliorer la communication (p. ex. entre les équipes, entre les prestataires, la façon dont l'équipe communique avec les usagers et les familles ainsi que les moments où elle le fait).

- 
- 1.2.9 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.

Conseils :

L'évaluation de l'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation aide à déterminer dans quelle mesure les services offerts sont efficaces et permet de cerner des possibilités d'amélioration. Les commentaires des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes sont recueillis au moyen de sondages, de groupes de discussion, de comités consultatifs et de rétroaction informelle.



- 1.2.10 Les membres de l'équipe et les usagers ont accès à de l'information sur les services offerts dans la communauté, y compris les soins palliatifs et les soins en fin de vie.

Conseils :

De l'information écrite et verbale est offerte au besoin, et peut comprendre des renseignements sur la réadaptation, les services de santé mentale et les soins primaires offerts dans la communauté, selon la population desservie et les ressources disponibles. Le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, la langue, l'invalidité, ainsi que la culture de la population d'usagers sont pris en considération au moment d'élaborer et de fournir de l'information.

Les renseignements sur les soins palliatifs et en fin de vie comprennent l'information pour les usagers et les familles, de même que les ressources pour l'équipe.



- 1.2.11 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Le milieu où sont offerts les services est propre et sans encombrement pour en favoriser l'accessibilité physique aux personnes qui utilisent des aides à la mobilité comme des fauteuils roulants, béquilles ou marchettes. Le milieu est aussi accessible aux personnes ayant des exigences en matière de langue, de communication ou autre, comme les personnes ayant des déficiences auditives, visuelles, cognitives ou autres.

Lorsque les membres de l'équipe travaillent à l'extérieur de l'organisme (p. ex., pour offrir des soins dans la communauté, à domicile), ils travaillent avec les partenaires, les usagers et les familles pour favoriser l'accessibilité.



- 1.2.12 Les usagers ont accès à un espace consacré à la spiritualité et à un soutien spirituel qui répond à leurs besoins.

Conseils :

Du soutien spirituel est offert pour répondre aux besoins des usagers, au besoin. Ce soutien comprend l'accès à un guide spirituel approprié aux croyances de l'utilisateur (p. ex. aumônier, imam, rabbin ou conseiller non confessionnel). L'utilisateur et sa famille ont accès à un espace désigné pour s'adonner à leurs pratiques spirituelles.

Les préférences et les besoins spirituels de l'utilisateur sont considérés comme faisant partie intégrante des soins et du processus de guérison. Ils font partie des discussions au moment de prendre des décisions relatives aux soins qui peuvent présenter un aspect éthique ou spirituel.

1.3 Compétences



- 1.3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.



Conseils :

La formation et le perfectionnement varient en fonction du rôle. Ils peuvent être définis par un organisme de réglementation, peuvent être officiels ou non, et peuvent comprendre le vécu de la personne ou son expérience de travail.

L'apport des usagers et des familles peut s'avérer précieux pour cibler la formation et le perfectionnement qui pourrait être utile aux membres de l'équipe et contribuer à améliorer les services. Par exemple, les usagers et les familles peuvent permettre de déterminer la nécessité d'avoir de la formation sur la façon de travailler auprès des usagers ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.

Les usagers et les familles peuvent aussi contribuer grandement à cibler les lacunes sur le plan des connaissances.

L'apport des usagers et des familles est sollicité collectivement au moyen de comités ou de groupes consultatifs, de sondages ou de groupes de discussion structurés, ou peut prendre la forme de commentaires informels faits au jour le jour. L'apport peut être obtenu de nombreuses façons et à divers moments, et est mis à profit dans l'ensemble de l'organisme.


- 
- 
- 1.3.2 Les titres de compétence, les qualifications et les compétences sont vérifiés, documentés et mis à jour.

Conseils :

Les exigences peuvent varier pour différents rôles dans l'organisme, y compris pour les membres des équipes réglementés ou non réglementés.

Les désignations, les titres de compétence, les évaluations des compétences et la formation font l'objet d'un suivi et sont maintenus à jour afin d'assurer une prestation de services sécuritaires et efficaces. Les exigences en matière de pratique professionnelle sont tenues à jour conformément aux politiques établies à l'échelle de la province et de l'organisme.


Les services sont offerts conformément aux champs de compétence reconnus. Les membres de l'équipe ont la formation et les capacités requises pour dispenser des soins centrés sur l'utilisateur et utiliser l'équipement, les appareils et les fournitures de manière sécuritaire.

- 
- 1.3.3 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.

Conseils :


La formation et le perfectionnement sur la culture permettent d'acquérir les compétences, connaissances et attitudes requises pour offrir des interventions et services à des populations de diverses cultures de façon sécuritaire et appropriée. La formation peut porter sur des sujets tels que l'invalidité, le degré de compréhension ou la santé mentale.

La formation et l'expérience liées à la culture font partie du recrutement (y compris dans l'annonce des postes) et des processus de sélection.

- 
- 1.3.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le modèle de prestation de soins de l'organisme.

Conseils :

Le programme de formation et de perfectionnement traite de la philosophie de l'organisme en matière de soins centrés sur l'utilisateur et sur la famille; des comportements attendus relativement à l'approche centrée sur l'utilisateur; de la mise en application des principes de cette philosophie pour résoudre les problèmes ou se pencher sur les enjeux dans l'organisme; des droits des usagers; des façons dont les usagers participent à la planification et à la prestation des services; et, des initiatives d'amélioration de la qualité qui sont entreprises.

- 
- 1.3.5 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.

Conseils :

De la formation et du soutien sur la façon de résoudre les questions d'éthique sont offerts aux membres de l'équipe. Les conflits d'intérêts, les points de vue conflictuels entre les

usagers et les familles ou les membres de l'équipe, la décision d'un usager de cesser de recevoir les soins ou de vivre à risque ainsi que les croyances ou les pratiques différentes sont des questions d'ordre d'éthique.



- 1.3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur l'utilisation sécuritaire de l'équipement, des appareils et des fournitures utilisés pour la prestation des services.

Conseils :

De l'information sur l'utilisation sécuritaire de l'équipement est fournie à tous les membres de l'équipe. Ils reçoivent de la formation sur l'utilisation de l'équipement, des appareils et des fournitures existants et nouveaux. Si un membre de l'équipe ne se sent pas prêt à utiliser l'équipement, les appareils ou les fournitures ou s'il ne les a pas utilisés depuis longtemps, il suit des cours de formation obligatoires ou sur demande.

Cette formation comprend la manipulation, l'entreposage, le fonctionnement, le nettoyage et l'entretien préventif ainsi que la procédure à suivre en cas de bris.



- 1.3.7 Une approche documentée et coordonnée est mise en œuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.

Conseils :

Les pompes à perfusion, qui servent à administrer des fluides dans le corps d'un usager de façon contrôlée, sont grandement utilisées dans les soins de santé, y compris à domicile. Elles sont associées à d'importants problèmes de sécurité et préjudices causés aux usagers. La présente POR met l'accent sur l'administration parentérale (c.-à-d. par des voies autres que la voie digestive ou l'application topique) de liquides, médicaments, sang, produits sanguins et éléments nutritifs. Elle porte sur les pompes à perfusion intraveineuses stationnaires et mobiles, les pompes d'analgésie contrôlées, les pompes épidurales, les pompes à insuline et les pompes à grand débit. Sont exclues les pompes pour alimentation entérale.

Les membres de l'équipe ont besoin de formation et de perfectionnement pour maintenir les compétences qui leur permettent d'utiliser les pompes à perfusion de façon sécuritaire, compte tenu des différents types et fabricants de pompes, du mouvement des membres de l'équipe entre les services et du recours à du personnel temporaire. Les organismes réussissent mieux à assurer la sécurité quand ils adoptent une approche complète qui combine la formation et l'évaluation avec la sélection, l'acquisition et la standardisation appropriées des pompes à perfusion dans l'ensemble de l'organisme (voir les normes d'Accréditation Canada sur la gestion des médicaments).

Lorsque les évaluations permettent de repérer des problèmes relatifs à la conception des pompes à perfusion, les organismes peuvent travailler avec les fabricants pour apporter des améliorations. Les organismes sont encouragés à signaler les problèmes à l'externe (p. ex. Santé Canada ou Alertes mondiales sur la sécurité des patients) pour que d'autres organismes puissent apporter des améliorations en matière de sécurité.

Tests de conformité :

1.3.7.1 Des instructions et des guides de l'utilisateur sont facilement accessibles en tout temps pour chaque type de pompes à perfusion.

1.3.7.2 Une formation initiale et un recyclage professionnel sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont fournis aux membres de l'équipe :

- qui sont nouveaux dans l'organisme ou qui font partie du personnel temporaire et sont nouveaux dans le secteur de services;
- qui reviennent d'un congé prolongé;

- quand l'utilisation d'un nouveau type de pompes à perfusion est instaurée ou quand les pompes à perfusion existantes sont améliorées;
- quand l'évaluation des compétences indique qu'un recyclage professionnel est requis;
- quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une formation ponctuelle est offerte.


1.3.7.3 Quand des pompes à perfusion contrôlées par l'utilisateur sont remises à des usagers (p. ex., pompes d'analgésie contrôlées, pompes à insuline), les usagers et les familles reçoivent une formation sur l'utilisation sécuritaire des pompes, et cette formation est documentée.

1.3.7.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins tous les deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.

1.3.7.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.

- Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion.
- Examiner les données tirées des pompes intelligentes.
- Examiner les évaluations des compétences.
- Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe.



1.3.7.6 Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.



1.3.8 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur les systèmes d'information et d'autres technologies utilisées pour la prestation des services.

Conseils :

La formation et le perfectionnement peuvent traiter de sujets comme la connaissance des applications informatiques, du traitement de textes, des logiciels, des outils de gestion du temps, des outils de communication, des applications de recherche, de la technologie des téléphones cellulaires, et de la protection de la confidentialité des renseignements sur l'utilisateur.



1.3.9 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie.

Conseils :

La formation comprend de l'information sur le processus adopté par l'organisme pour dispenser des services de soins palliatifs ou en fin de vie ou pour y faciliter l'accès, pour communiquer avec les familles au sujet des questions de fin de vie, y compris sur la façon et le moment d'entreprendre les discussions au sujet des soins palliatifs et en fin de vie.

Les lois et règlements fédéraux, provinciaux et territoriaux concernant le consentement et les personnes chargées de prendre des décisions au nom d'autrui sont respectés.



- 1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.

Conseils :

Un processus établi est suivi par l'organisme pour évaluer le rendement de chaque membre de l'équipe. Les commentaires des usagers et des pairs font partie du processus d'évaluation.

L'évaluation peut tenir compte de la capacité du membre de l'équipe d'assumer ses responsabilités, d'appliquer les principes des soins centrés sur l'utilisateur et de contribuer aux valeurs de l'organisme. Elle peut aussi tenir compte de ses points forts, de ses possibilités de croissance, de ses contributions en ce qui concerne la sécurité des usagers, la qualité de vie au travail et le respect des souhaits de l'utilisateur, ou des compétences spécifiques décrites dans la description de poste. L'évaluation peut indiquer des problèmes qui exigent un suivi comme un comportement non professionnel ou nuisible ou des difficultés à mettre en pratique l'approche de soins centrés sur l'utilisateur.

Le rendement est généralement évalué avant la fin de la période probatoire, puis annuellement ou selon les normes de l'organisme. Une évaluation peut également être effectuée après les séances de formation ou lorsqu'il y a des nouveautés sur le plan de la technologie, de l'équipement ou des compétences techniques.



- 1.3.11 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.

Conseils :

Les problèmes peuvent être cernés par le membre de l'équipe ou par le chef d'équipe et ils sont utilisés pour élaborer un plan d'action ou un plan de perfectionnement.



- 1.3.12 Des possibilités de formation continue, de formation et de perfectionnement sont offertes à chaque membre de l'équipe.

Conseils :

Le chef d'équipe encourage les membres de l'équipe à profiter régulièrement des possibilités de perfectionnement professionnel ou de perfectionnement des compétences. Des séances de formation ou de perfectionnement supplémentaires peuvent être offertes en fonction de l'évaluation du rendement des membres de l'équipe ou des plans de perfectionnement établis.



- 1.3.13 Une approche collaborative est utilisée pour offrir les services.

Conseils :

Une équipe collaborative interdisciplinaire doit évoluer et s'adapter aux besoins changeants de l'utilisateur. Selon les besoins et les souhaits de l'utilisateur et de la famille, les membres de l'équipe peuvent avoir des rôles spécialisés (p. ex., prestataires de soins) et de soutien (p. ex., planificateurs de soins, traducteurs, personnel de sécurité ou représentants d'organismes partenaires de la communauté). Des stagiaires, des bénévoles et des représentants des usagers ou des conseillers peuvent aussi faire partie de l'équipe.

Les membres du personnel d'encadrement sont identifiés et le rôle de chaque membre de l'équipe est clairement présenté à l'utilisateur et à la famille.

L'équipe collaborative est désignée en fonction de critères définis comme les normes de pratique professionnelle approuvées, les exigences réglementaires, les connaissances et l'expérience et d'autres qualifications, le nombre de cas ou leur complexité, les fluctuations de la charge de travail et les questions concernant la sécurité et les besoins des usagers.



- 1.3.14 L'équipe travaille en collaboration avec les usagers et les familles.

Conseils :

Les usagers et les familles prennent part à la prise de décisions conjointe et ils comprennent la façon dont les soins sont dispensés. L'utilisateur qui reçoit les services détermine qui fait partie de sa famille, et il a le droit d'inclure ou d'exclure des membres de la famille dans les choix relatifs à ses soins. Il a aussi le droit de redéfinir au fil du temps qui fait partie de sa famille. Par famille, on entend la famille élargie de la personne, les conjoints, les amis, les personnes chargées de la représenter, les tuteurs et d'autres représentants.



- 1.3.15 Il existe des profils de poste qui définissent les rôles, les responsabilités et les champs de compétence pour tous les postes.

Conseils :

Les profils de postes englobent une description sommaire du poste, les compétences requises et les exigences minimales, la nature et la portée des tâches, et les liens hiérarchiques. Ils sont élaborés pour tous les membres de l'équipe, y compris ceux qui ne sont pas employés directement par l'organisme (p. ex., membres de l'équipe ayant des ententes contractuelles, partenaires, représentants des usagers et des familles).

La clarté des rôles, de même qu'un milieu de travail positif, est essentielle pour favoriser la sécurité des usagers et de l'équipe. Une bonne compréhension des rôles et responsabilités et la possibilité de travailler à son plein potentiel dans son champ de compétence donnent un sens et un but à la contribution de chacun.



- 1.3.16 Des outils de communication normalisés sont utilisés pour partager l'information concernant les soins de l'utilisateur au sein des équipes et entre elles.

Conseils :

Une communication normalisée augmente l'uniformité, minimise les chevauchements et améliore le travail d'équipe tout en favorisant la sécurité de l'utilisateur. Les protocoles, les technologies ou les processus normalisés, comme la technique « situation, antécédents, évaluation, recommandation (SAER), comptent parmi les outils qui peuvent être utilisés. »

Les membres de l'équipe reçoivent une formation sur les politiques et pratiques organisationnelles portant sur les outils de communication normalisés.



- 1.3.17 L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.

Conseils :

Le processus d'évaluation de la collaboration et du fonctionnement de l'équipe peut comprendre un examen de ses services, de ses processus et de ses résultats. L'évaluation peut être effectuée en demandant aux membres de l'équipe, aux usagers et aux familles ainsi qu'aux partenaires de remplir un questionnaire sur le fonctionnement de l'équipe afin de stimuler la discussion au sujet des possibilités d'amélioration.

L'équipe évalue son fonctionnement lorsqu'un changement important est apporté à sa structure.



- 1.3.18 La charge de travail de chaque membre de l'équipe est assignée et évaluée de façon à assurer la sécurité et le bien-être de l'utilisateur et de l'équipe.

Conseils :

Des critères pertinents sont utilisés pour déterminer la charge de travail en fonction du milieu et des besoins particuliers des différents secteurs de services (p. ex. heures de

travail, nombre de cas, complexité du rôle, complexité des soins, exigences physiques et émotionnelles, nature répétitive des tâches et niveau de responsabilité). Les préférences et la disponibilité du personnel sont aussi prises en compte.

Dans certains cas, les équipes peuvent établir une charge de travail maximale pour leurs membres. Le processus consistant à assigner et à évaluer la charge de travail comprend la surveillance et le suivi des heures et des usagers ainsi que l'adoption de mesures supplémentaires au besoin (p. ex. transfert des effectifs ou restructuration de l'équipe).

Un environnement dans lequel les membres de l'équipe n'hésitent pas à discuter de leurs demandes et des niveaux de stress dans le milieu de travail est favorisé par l'organisme et le personnel d'encadrement. Des mesures sont prises pour réduire les pressions exercées sur les membres de l'équipe, dans la mesure du possible. Celles-ci peuvent comprendre des stratégies d'établissement des horaires, le partage de la charge de travail et des périodes consacrées aux activités de consignation.



- 1.3.19 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.

Conseils :

L'organisation des tâches fait référence à la façon d'organiser un groupe de tâches ou une même tâche. L'organisation des tâches comprend tous les facteurs qui ont une incidence sur le travail, dont la rotation des tâches, les pauses et les heures de travail.

Au moment d'élaborer ou de réviser l'organisation des tâches, les rôles, les responsabilités et l'attribution des cas, la rétroaction et l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles sont pris en considération. Ils peuvent tous offrir un point de vue unique sur les aspects de l'organisation des tâches qui ont un effet direct sur eux. La flexibilité par rapport à l'organisation des tâches, aux rôles, aux responsabilités et à l'attribution des cas variera en fonction du type de services offerts, des usagers desservis et des membres individuels des équipes concernées. L'attribution des cas comprend les personnes dont chaque prestataire a la charge, de même que d'autres aspects des rôles des membres de l'équipe (p. ex. la participation aux activités d'amélioration de la qualité, la formation des nouveaux membres du personnel).



- 1.3.20 Les membres de l'équipe sont reconnus pour leurs contributions.

Conseils :

La reconnaissance peut être individuelle, sous forme de récompense pour le nombre d'années de service ou pour une réalisation spéciale, ou elle peut porter sur la reconnaissance des activités et des réalisations de l'équipe.

La reconnaissance peut être officielle ou non, verbale ou écrite ou mettre l'accent sur la promotion d'une atmosphère dans laquelle les membres de l'équipe se sentent appréciés pour leurs contributions.



- 1.3.21 Une politique guide les membres de l'équipe lorsqu'il s'agit de formuler des plaintes, des préoccupations et des griefs.



- 1.3.22 De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.



- 1.3.23 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de déceler, réduire et gérer les risques liés à la sécurité des usagers et des membres de l'équipe.

Conseils :

La formation peut comprendre les dangers physiques; les difficultés liées à l'équipement; la prise en charge des déversements, l'élimination des déchets ou des substances infectieuses; le travail auprès d'usagers présentant un risque pour eux-mêmes ou les autres; et, les défis liés à la manipulation, à l'entreposage et à la distribution des médicaments.

Les risques courants pour l'équipe peuvent inclure le manque de formation sur les questions de sécurité, le fait de ne pas utiliser les techniques de soulèvement appropriées, l'utilisation inadéquate de l'équipement et le fait de travailler seul.



- 1.3.24 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.

Conseils :

Les actes de violence comprennent les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait. Ils peuvent être commis par les usagers, les familles, les équipes ou toute autre personne dans le milieu de travail.

Si possible, les membres de l'équipe utilisent comme mesure préventive les techniques de désescalade. Entraînant le moins de perturbation possible, ces techniques sont le moyen le moins restrictif de gérer les comportements violents. Il existe différents programmes de formation sur la façon de travailler de manière sécuritaire avec les usagers qui présentent un risque de comportements agressifs ou réactifs ou qui manifestent de tels comportements.

La formation et le perfectionnement comprennent l'utilisation d'un outil normalisé d'évaluation des risques. La formation peut porter sur la capacité :

- de déterminer les éléments déclencheurs;
- d'évaluer et de communiquer le potentiel de violence d'un usager, et de reconnaître les signes d'agitation et d'agression;
- de réduire le harcèlement;
- de faire face à la violence et de la gérer (par ex., l'intervention non violente en cas de crise, les lignes directrices sur l'intervention en cas de codes d'urgence, la résolution de conflits et la médiation, ainsi que l'autodéfense);
- d'entreprendre la démarche sensible aux besoins des survivants de traumatismes;
- d'utiliser les techniques de communication.

La formation peut aussi préciser l'autre procédure que doit suivre l'équipe lorsque les techniques de désamorçage ne fonctionnent pas.



- 1.3.25 La politique de l'organisme sur la déclaration des cas de violence en milieu de travail est respectée par les membres de l'équipe.

Conseils :

Les cas de violence physique ou verbale qui sont perçus comme étant violents, qui auraient pu mener à de la violence ou qui sont réellement survenus sont déclarés aux autorités appropriées conformément aux lois applicables et peuvent être notés dans le dossier médical de l'usager selon la nature de l'incident.

1.4 Aide à la décision

- 1.4.1 Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'usager et sa famille.

Conseils :

Les dossiers des usagers sont accessibles et à jour. L'information est facile à retrouver et à reconnaître et elle est organisée de façon à faciliter son utilisation. Le dossier indique la date des services, est signé par l'autorité pertinente et est lisible.

Seules les abréviations reconnues sont utilisées dans le dossier, et l'information essentielle sur l'usager est présentée bien en vue dans le dossier.

Le dossier de l'usager est mis à jour dès qu'il y a un changement dans son état de santé, son plan de soins ou ses médicaments ou quand il y a une transition vers un autre niveau de soins ou de services.

Des normes organisationnelles et professionnelles sont suivies pour déterminer quelle information le dossier de l'usager doit contenir pour être considéré comme étant complet. Cela comprend les changements importants dans l'état de l'usager, les résultats diagnostiques, les alertes, les notes d'évolution, les événements importants ou les incidents liés à la sécurité de l'usager et autres.

Les usagers et les familles aident à fournir et à consigner l'information, et à s'assurer que l'information saisie est précise et complète. L'équipe peut travailler en partenariat avec l'usager et la famille de diverses façons selon le milieu où les services sont offerts et les circonstances individuelles. Par exemple, en milieu communautaire ou en soins primaires, la consignation peut souvent se faire dans la chambre avec l'usager et la famille. Cela n'est pas toujours possible dans tous les milieux de soins, particulièrement si le dossier de l'usager est conservé dans un emplacement centralisé, si la documentation effectuée en même temps que la prestation des soins et services nuit à celle-ci, ou si des soins urgents sont offerts.

Quand il n'est pas possible de consigner l'information dans le dossier de l'usager avec celui-ci et la famille, l'équipe travaille pour les inclure dans le processus autant que possible (p.ex. en prenant des notes avec eux, en confirmant l'information) pour s'assurer que ce qui est consigné est précis et reflète la nature du service offert, l'intervention ou la conversation.

- 1.4.2 Une série de renseignements standard sur la santé est recueillie pour assurer l'uniformité des dossiers des usagers afin de pouvoir les comparer.

Conseils :

La collecte des renseignements standard sur la santé s'applique tant pour les dossiers des usagers sur papier que pour les dossiers électroniques.

La nature des renseignements sur la santé qui sont recueillis dépend du type d'organisme et des services dispensés. Les normes sur la collecte des données peuvent être prescrites dans des lignes directrices régionales ou nationales. Quand l'information n'est pas disponible, l'organisme travaille avec les organismes partenaires, pour déterminer quels renseignements recueillir pour chaque usager.

- 1.4.3 Des politiques et procédures sont suivies pour recueillir l'information sur l'usager, la consigner, y avoir accès et l'utiliser de manière sécurisée.

Conseils :

L'équipe dispose de politiques qui précisent à quelle information sur les usagers elle a accès, qui y a accès, comment et quand y accéder. Seuls les membres de l'équipe qui participent activement aux soins de l'usager ont accès au dossier de celui-ci.

L'équipe est au courant des lois pour assurer la protection de la vie privée et de la confidentialité des renseignements sur les usagers, et elle sait comment s'y conformer. Les lois en vigueur peuvent être régionales ou nationales.



- 1.4.4 Les usagers peuvent accéder à l'information dans leur dossier, y compris les dossiers médicaux et de santé électroniques, d'une manière systématique et centrée sur l'utilisateur, et ce, en temps opportun.

Conseils :

L'accès au dossier par les usagers est facilité de manière proactive, conformément à la politique de l'organisme et aux lois en vigueur. Les processus pour accéder aux dossiers sont centrés sur l'utilisateur et appuient les usagers qui veulent accéder à leurs renseignements. Les usagers ont l'occasion de discuter de l'information, de poser des questions et de fournir des commentaires.



- 1.4.5 L'information est consignée dans le dossier de l'utilisateur en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Les usagers sont propriétaires de l'information portant sur leur santé. Ils sont inclus au processus de consignation de l'information dans leur dossier et peuvent fournir des commentaires quant aux renseignements consignés. Les usagers ont le droit de lire l'information consignée et d'émettre des commentaires. Le processus de tenue de dossiers ou de consignation peut être mené à bien en partenariat avec l'utilisateur dans le cadre de ses soins ou l'accès au dossier peut être fourni en format électronique.



- 1.4.6 Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.



- 1.4.7 Le partage de l'information sur l'utilisateur est coordonné parmi les membres de l'équipe et d'autres organismes, en partenariat avec l'utilisateur et conformément aux lois.

Conseils :

Avec le consentement de l'utilisateur et tout en respectant le droit au respect de sa vie privée, l'information nécessaire est partagée, au besoin, pour favoriser une prestation de services centrée sur l'utilisateur. Un partage d'information efficace aide l'équipe à mieux répondre aux besoins des usagers et permet de réduire les chevauchements lorsqu'il s'agit d'obtenir des renseignements sur l'utilisateur. L'équipe obtient le consentement de l'utilisateur pour communiquer des renseignements à son sujet.

Les usagers participent au partage de l'information (p. ex., en conservant et en fournissant une liste à jour de leurs médicaments ou en remettant leur sommaire de congé aux prestataires appropriés).



- 1.4.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.


Conseils :

La tenue des dossiers peut se faire sur un papier ou électronique. Le processus de surveillance et d'évaluation répond à toutes les lois ou exigences applicables. Le processus permet d'examiner les cas de non-respect de la vie privée, de même que la justesse et l'efficacité des pratiques.

L'évaluation peut être effectuée sur une base régulière ou irrégulière et porter sur un échantillon de dossiers. Si la tenue de dossiers est électronique, l'évaluation peut être


déclenchée par certains événements, comme une activité inhabituelle, une tentative d'extraction de certaines données ou un démasquage de données.

Toutes les activités électroniques sont rattachées à un identificateur unique d'utilisateur. La date et l'heure sont indiquées, et un registre des activités est tenu pour assurer une surveillance adéquate des pratiques.

- 
- 1.4.9 De la formation et du perfectionnement sur les lois sont offerts pour assurer le respect de la vie privée et utiliser adéquatement l'information sur les usagers.

Conseils :


La formation est offerte à tous les membres de l'équipe et elle peut être structurée ou non. De la formation ou du perfectionnement supplémentaire est fourni lorsque des changements sont apportés aux lois ou après une période prolongée.

- 
- 1.4.10 Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Les politiques concernant l'utilisation du courrier électronique, des messages textes, des applications Web et des médias sociaux sont déterminées en tenant compte du point de vue des usagers et des familles. Cela peut comprendre les communications entre les équipes, avec les usagers ou avec les partenaires et les usagers potentiels.

Au moment de déterminer quelles communications électroniques et technologies utiliser, la façon de gérer les questions liées au respect de la vie privée, au professionnalisme, à la sécurité de l'information, aux préférences des usagers en ce qui a trait aux communications et aux lois est prise en considération. Les technologies peuvent aider pour la prestation des services ou des soins, p. ex. démonstration des interventions au moyen d'une tablette électronique.



- 
- 1.4.11 Des politiques et des procédures pour divulguer l'information sur la santé à des fins d'usage secondaire sont élaborées et suivies.

Conseils :

L'usage secondaire des données fait référence à l'utilisation de l'information sur la santé à des fins autres que la prestation de services directs, comme la gestion des programmes cliniques, la gestion des systèmes de santé, la surveillance de la santé publique et la recherche.

Les politiques et procédures traitent des circonstances où la communication des données est pertinente et précisent comment assurer le maintien du respect de la vie privée des usagers (p. ex. en anonymisant ou en rassemblant les données avant de les communiquer). Quand des données identifiables ou réidentifiables sont requises, l'équipe suit un processus d'approbation éthique et évalue le risque avant la divulgation.

1.5 Impact sur les résultats

- 
- 
- 1.5.1 Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.

Conseils :

Les lignes directrices peuvent être choisies par un comité, un conseil ou une personne qui fait des recommandations à l'équipe sur les lignes directrices à utiliser et sur la façon de les intégrer à la prestation des services.

L'équipe peut adopter les lignes directrices d'autres organismes ou associations. Le processus de sélection des lignes directrices est normalisé et officialisé. Il peut inclure la participation de spécialistes du domaine ou d'un groupe de consensus, l'utilisation de l'outil GRADE (*Grades of Recommendation Assessment, Development and Evaluation*) ou de la grille AGREE (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*) qui permet aux organismes d'évaluer l'élaboration méthodique des guides de pratique clinique selon six points de vue : la portée et l'objectif, la participation des parties prenantes, la rigueur du contenu, la clarté et la présentation, l'applicabilité et l'indépendance de la rédaction.



- 1.5.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.

Conseils :

Une approche collaborative est utilisée pour choisir les lignes directrices qui sont clairement liées à une meilleure expérience vécue par l'utilisateur et à de meilleurs résultats.

Les organismes utiliseront une procédure détaillée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes. Selon l'ampleur du projet, cela peut comprendre une analyse documentaire approfondie, une analyse du milieu, une consultation auprès d'autres organismes au sujet de leurs pratiques ainsi qu'une évaluation avec des partenaires et parties prenantes.

Comme c'est le cas pour toute activité qui touche les soins et l'expérience vécue par l'utilisateur, les organismes recueillent et prennent en considération les commentaires des usagers et des familles au moment de revoir la procédure pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes. Bien que les usagers et les familles ne participent pas nécessairement dans une évaluation technique ou scientifique, leurs points de vue quant à l'expérience vécue par les usagers qui reçoivent des soins sont utiles. Les points de vue des usagers et des familles peuvent être recueillis par leur participation aux comités d'examen des procédures, l'examen des documents exposant les procédures, et l'observation qu'ils feront de l'utilisation ou de la mise en œuvre de la procédure dans la pratique.



- 1.5.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.

Conseils :

Des documents complets présentant une synthèse des données probantes découlant de plusieurs lignes directrices peuvent également être utilisés. La Collaboration Cochrane, par exemple, réalise des études systématiques des données probantes disponibles qui peuvent aider les équipes et les organismes dans leurs processus d'examen.

Les usagers et les familles sont consultés pour déterminer si la méthode utilisée pour faire un choix parmi les lignes directrices suit une approche centrée sur l'utilisateur (p. ex. aider à déterminer quelle ligne directrice est davantage centrée sur l'utilisateur, examiner une ligne directrice pour déterminer si elle a été élaborée en tenant compte du point de vue de l'utilisateur).



- 1.5.4 Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Les lignes directrices et les données probantes choisies sont utilisées pour mettre au point des procédures et des protocoles visant à améliorer la prestation des services et à dispenser des soins normalisés aux usagers. Les procédures et les protocoles peuvent accroître la sécurité des usagers, améliorer la collaboration entre les équipes, accroître l'efficacité et minimiser les variations dans la prestation des services. Les points de vue

des usagers et des familles sont pris en considération au moment d'évaluer les améliorations. En tant que bénéficiaires des soins, les usagers et les familles sont souvent les mieux placés pour aider à déterminer les variations ou les chevauchements inutiles dans les services.

Les connaissances découlant de la recherche sont adaptées et appliquées à chaque milieu de soins particulier.



- 1.5.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Le processus d'examen englobe l'accès aux travaux de recherche et aux renseignements les plus récents et la détermination de leur pertinence (p. ex. par l'analyse documentaire, la consultation de spécialistes du domaine et d'associations ou d'organismes pancanadiens). L'information sur la recherche peut comprendre les études sur les interventions, les évaluations de programmes ou les essais cliniques.

Le processus d'examen influence la procédure utilisée pour sélectionner les lignes directrices éclairées par des données probantes.

Bien que les usagers et les familles ne participent pas nécessairement à une évaluation technique ou scientifique, leurs points de vue sur l'expérience des usagers qui reçoivent des soins dictés par des lignes directrices et des protocoles sont utiles dans le processus d'examen.



- 1.5.6 Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.

Conseils :

La nécessité d'obtenir l'approbation relative à l'éthique est évaluée et, s'il y a lieu, elle est obtenue avant d'entreprendre de la recherche ou des activités (y compris les activités d'amélioration de la qualité) qui exigent une collecte d'information.



- 1.5.7 Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Une approche proactive et prédictive est conçue pour régler les problèmes potentiels en réduisant les risques ou le danger avant qu'ils ne surviennent. Bien qu'il ne soit pas possible de repérer tous les risques dans le milieu où sont offerts les soins, un processus complet est utilisé pour cerner les risques les plus probables.

Au moyen de cette approche, l'équipe peut corriger les processus qui suscitent des erreurs, une inefficience ou des délais, parfois perçus comme étant hors de son contrôle. Il peut s'agir de petites interruptions continues dans le déroulement du travail qui créent, avec le temps, une importante perte de ressources (p. ex. devoir chercher de l'information ou des articles couramment utilisés).

De l'information est recueillie pour déterminer les causes des problèmes potentiels et pour trouver des solutions stratégiques. Ces activités peuvent consister à effectuer des vérifications, à parler aux usagers ou aux membres de l'équipe, à surveiller les secteurs qui présentent des risques, à repérer les interruptions, à participer à des séances d'information sur les mesures de sécurité et à se pencher sur les secteurs pour lesquels la marge d'erreur est grande.

Des occasions régulières de partager de l'information sur les problèmes potentiels et les incidents survenus peuvent réduire les risques et les probabilités que survienne un incident ou qu'il se reproduise.



- 1.5.8 Des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Les membres de l'équipe travaillent ensemble pour accroître la participation aux stratégies de réduction des risques. Les perspectives des usagers et des familles sont intégrées au processus de mise au point et de mise en œuvre des stratégies de réduction des risques. Les stratégies sont mises à l'essai à petite échelle et les résultats sont suivis. Les stratégies varient en fonction des types de risques cernés et peuvent comprendre la planification de différentes mesures et la collaboration avec d'autres membres de l'équipe pour s'occuper des risques cernés.



- 1.5.9 Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Pour déterminer les activités à risque élevé, l'équipe peut examiner ses services et se servir de l'information qui découle de cet examen pour élaborer et mettre en œuvre des mécanismes de vérification visant à réduire les risques de causer préjudice aux usagers et aux membres de l'équipe.

Dans l'ensemble du continuum de soins, les mécanismes de vérification varieront selon les services. En voici quelques exemples :

- processus de répétition ou de relecture des diagnostics ou des ordonnances verbales;
- systèmes de vérification de la température de l'eau, particulièrement pour les bains;
- feuilles de suivi normalisées pour les usagers ayant des besoins complexes de gestion des médicaments;
- systèmes d'alerte automatisés pour communiquer les résultats de tests critiques;
- rappels générés par ordinateur pour les analyses de suivi chez les usagers à risque élevé;
- processus de vérification effectué par deux personnes pour les transfusions sanguines;
- double vérification indépendante pour la dispensation et l'administration de médicaments à risques élevés;
- systèmes de codes à barres pour la dispensation, l'étiquetage et l'administration des médicaments;
- logiciel d'aide à la décision pour l'entrée des ordonnances ou la vérification des interactions médicamenteuses;
- systèmes de surveillance de la sécurité pour les équipes des organismes extra-hospitaliers ou pour les usagers dans des milieux à risque élevé;
- protocoles normalisés pour la surveillance des signes vitaux (p. ex., la fréquence cardiaque du fœtus durant le déclenchement artificiel ou l'accélération du travail, ou pendant les accouchements à risque élevé);
- systèmes pour surveiller la température des réfrigérateurs où sont entreposés les vaccins;
- protocoles normalisés concernant l'utilisation des moyens de contention;
- processus normalisés pour le dépistage des allergies aux produits de contraste.



- 1.5.10 Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Des modifications sont apportées au besoin pour assurer le maintien du changement positif.



- 1.5.11 Les incidents liés à la sécurité des usagers sont déclarés selon la politique en vigueur dans l'organisme et consignés dans le dossier de l'utilisateur et de l'organisme, s'il y a lieu.

Conseils :

La déclaration et la consignation de l'information sont faites en temps opportun. Les incidents liés à la sécurité des usagers comprennent les incidents préjudiciables, incidents sans préjudice et les incidents évités de justesse, conformément à la Classification internationale pour la sécurité des patients, de l'Organisation mondiale de la Santé.



- 1.5.12 Les incidents liés à la sécurité des usagers sont divulgués aux usagers et aux familles conformément à la politique de l'organisme, et du soutien est obtenu, au besoin.

Conseils :

Le soutien fourni à la suite d'un incident lié à la sécurité des usagers est une partie importante du processus. Le soutien est offert aux usagers et aux familles de même qu'aux membres de l'équipe touchés par l'incident lié à la sécurité des usagers.



- 1.5.13 Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.

Conseils :

Les renseignements et les commentaires au sujet de la qualité des services sont recueillis de manière uniforme auprès des principales parties prenantes. Les commentaires peuvent prendre la forme de données relatives à la satisfaction ou à l'expérience de l'utilisateur et de la famille, de plaintes, d'indicateurs, de résultats, de tableaux de bord, d'information découlant de l'analyse des incidents et de rapports financiers. Ils peuvent être recueillis grâce à diverses méthodes, dont des sondages, des groupes de discussion, des entretiens, des réunions ou des dossiers de plaintes.



- 1.5.14 Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Les commentaires et les autres formes de renseignements, les observations et l'expérience servent à déterminer les secteurs où effectuer des projets d'amélioration de la qualité et à les placer par ordre de priorité. Cela est fait en ayant recours à un processus normalisé et fondé sur des critères tels que les besoins exprimés par les usagers et les familles, les résultats signalés par les usagers, les risques, le volume ou les coûts.



- 1.5.15 Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Les indicateurs sont utilisés pour évaluer si les activités entraînent un changement et si ce dernier constitue une amélioration. Les indicateurs sont principalement sélectionnés en

fonction de leur pertinence et de leur capacité d'évaluer les progrès avec exactitude. En présence de multiples indicateurs possibles, des critères comme la validité scientifique et la faisabilité sont utilisés pour choisir les indicateurs.

S'il est difficile de sélectionner les indicateurs, cela peut signifier que les objectifs d'amélioration de la qualité doivent être plus clairs.



- 1.5.16 Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.

Conseils :

Les activités d'amélioration de la qualité sont des mesures qui sont entreprises pour amorcer des changements, et elles s'inscrivent dans le plan global d'amélioration de la qualité. Les activités sont en premier lieu mises à l'essai à petite échelle pour qu'il soit possible de déterminer leurs répercussions avant de les mettre en œuvre à plus grande échelle.



- 1.5.17 De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.

Conseils :

En établissant une base qui sert de point de référence, il devient possible d'évaluer les progrès réalisés en vue de se conformer aux objectifs d'amélioration de la qualité en comparant les données obtenues avant et après l'activité et en notant les changements. L'établissement de points de référence peut exiger un ou plusieurs points de données et doit avoir lieu au cours d'une période définie. Une fois ces points de référence établis, il se peut que l'équipe doive réévaluer les objectifs d'amélioration de la qualité pour s'assurer qu'ils demeurent réalisables et pertinents.



- 1.5.18 Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.

Conseils :

La manière dont les données seront recueillies et la fréquence à laquelle elles le seront sont déterminées. La collecte régulière des données permet à l'équipe de suivre ses progrès et de comprendre les variations normales des valeurs.



- 1.5.19 Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.

Conseils :

L'équipe compare les effets prévus et réels de ses activités d'amélioration de la qualité et, si l'objectif n'a pas été atteint, elle revoit ses mesures en conséquence pour atteindre l'objectif.

L'analyse des données aide à dégager des tendances et peut révéler les secteurs qui pourraient être pris en considération pour des activités d'amélioration de la qualité. Les données découlant des indicateurs peuvent être illustrées sur un graphe d'exploitation ou un graphe de contrôle, les deux s'avérant des moyens utiles pour analyser ces données.

Si l'équipe n'est pas en mesure d'analyser les données, elle obtient une aide qualifiée à l'interne ou à l'externe.



- 1.5.20 Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en œuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.

Conseils :

La façon dont ces activités seront mises en œuvre à grande échelle variera en fonction de la gamme et de l'envergure des services offerts par l'équipe et du délai fixé (p.ex. une activité efficace sera mise en œuvre dans plus d'un secteur de soins et pendant une plus longue période).



- 1.5.21 L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.

Conseils :

Les renseignements sont adaptés à l'auditoire, y compris la formulation des messages et le niveau de langue.

La communication des résultats des évaluations et des améliorations aide les parties prenantes à se familiariser avec la philosophie et les bienfaits de l'amélioration de la qualité et favorise leur participation au processus. C'est aussi une façon pour l'organisme de faire connaître les activités d'amélioration de la qualité qui ont connu du succès de même qu'à démontrer son engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité.

Parmi les autres avantages, la communication des indicateurs à l'extérieur de l'organisme permet d'établir des comparaisons avec des organismes qui offrent des services similaires.



- 1.5.22 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

L'évaluation des projets d'amélioration de la qualité comprend les activités, les objectifs et les indicateurs. Les résultats sont utilisés pour planifier les prochains projets d'amélioration de la qualité, y compris les renseignements portant sur la façon de maintenir et d'élargir les projets existants et sur le meilleur moment pour le faire.

Les résultats découlant des projets d'amélioration de la qualité sont examinés en lien avec la façon dont ils s'harmonisent avec le plan global d'amélioration de la qualité de l'organisme, ses buts et objectifs, sa mission et ses valeurs, de même que son plan stratégique. L'équipe évalue également si les objectifs ont été atteints dans les délais prescrits et si les délais sont toujours pertinents.

Des objectifs et des indicateurs peuvent être ajoutés, modifiés ou retirés au besoin, à partir de l'examen des projets. La raison qui justifie leur modification ou leur retrait est consignée.

1.6 Gestion intégrée de la qualité



- 1.6.1 Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.

Conseils :

Dans une culture de sécurité des usagers, tout le monde est encouragé à déclarer les événements et à tirer des leçons de ceux-ci, y compris pour ce qui est des accidents avec conséquences pour l'utilisateur, des accidents sans conséquence, mais ayant touché l'utilisateur et des incidents ou échappées belles. Il est essentiel qu'il y ait un mécanisme de déclaration simple (quelques étapes), clair (ce qui doit être déclaré, la façon de faire la déclaration et la personne à qui la faire), confidentiel et axé sur l'amélioration du système. Les usagers et les familles peuvent signaler les événements différemment que les

membres de l'équipe, mais tout le monde doit savoir comment les déclarer. L'information sur le mécanisme de déclaration peut être adaptée aux besoins des membres de l'équipe ou des usagers et peut faire partie de la formation des membres de l'équipe et incluse dans les communications écrites et verbales avec les usagers et les familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.

L'intervention immédiate à un événement consiste à dispenser les soins urgents et à répondre aux besoins des personnes touchées. Il est aussi important d'obtenir tous les articles liés à l'événement (aux fins de test et d'examen par l'équipe d'analyse), de déclarer l'événement au moyen du processus approuvé, d'entamer le processus de divulgation (au besoin) et de prendre des mesures pour réduire le risque de récurrence.

L'analyse de l'événement (aussi appelé analyse des causes profondes) permet de cerner les facteurs à la base de l'événement et de recommander des mesures à prendre pour apporter des améliorations. Le fait d'analyser ensemble des événements similaires (comme les échappées belles), pour relever des tendances, peut permettre d'obtenir de l'information utile, tout comme le fait d'analyser les événements de façon isolée. La communication à grande échelle des résultats de l'analyse des événements (p. ex. avec les usagers et familles, la gouvernance, la direction, les équipes cliniques et les partenaires externes) suscite la confiance face au mécanisme de gestion des événements et favorise un apprentissage découlant des événements.

« Alertes mondiales sur la sécurité des patients » est une base de données interrogeable en ligne où les organismes peuvent partager les leçons tirées des événements.

Tests de conformité :

- 1.6.1.1** Un mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers est mis au point, examiné et mis à jour avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe; il comprend des processus pour déclarer et analyser les événements, recommander des mesures et assurer le suivi des améliorations.
- 1.6.1.2** L'information est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe pour qu'ils comprennent quels événements déclarer, quand et comment le faire.
- 1.6.1.3** Une formation documentée sur l'intervention immédiate aux événements est en place pour les membres de l'équipe.
- 1.6.1.4** Il existe des procédures pour examiner les événements, et des critères sont utilisés pour établir la priorité des événements qui seront analysés plus en profondeur.
- 1.6.1.5** Toutes les mesures recommandées découlant des analyses des événements sont examinées et les raisons expliquant leur acceptation, leur rejet ou le report de leur mise en œuvre sont consignées.
- 1.6.1.6** L'information sur les actions recommandées et les améliorations apportées à la suite des analyses des événements est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe.
- 1.6.1.7** L'efficacité du mécanisme de gestion des événements est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Voici des mécanismes d'évaluation possibles.
 - Recueillir la rétroaction des usagers, familles et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place.
 - Assurer la surveillance des rapports sur les événements en fonction du type d'événement et de sa gravité.
 - Examiner si les améliorations sont mises en œuvre et maintenues.
 - Déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les événements.

1.7 Gestion des risques

- 1.7.1 Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.

Conseils :

L'analyse des risques potentiels comprend l'évaluation et le classement des risques selon la probabilité qu'ils surviennent et la gravité potentielle de leurs répercussions ou conséquences.

Les difficultés ou les risques potentiels peuvent comprendre les fluctuations de financement, les changements politiques ou les interruptions de travail ainsi que les pénuries de ressources humaines ou autres.

En ciblant de façon proactive les difficultés ou les risques potentiels, le personnel d'encadrement de l'organisme est capable de mobiliser les ressources rapidement et efficacement pour prévenir ou limiter les situations de crise, et il dispose de mécanismes pour assurer la continuité des activités en cas de crise.

- 1.7.2 La méthode de gestion des risques et les plans d'urgence sont diffusés dans l'ensemble de l'organisme.

- 1.7.3 L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.

Conseils :

Le personnel d'encadrement de l'organisme doit établir et respecter la fréquence de l'évaluation.

L'évaluation de l'efficacité de la méthode comprend le suivi du rendement par rapport à des objectifs prédéterminés et la mise en œuvre d'améliorations fondées sur les résultats. Cela peut comprendre l'élaboration d'un processus de vérification interne pouvant être utilisé pour contrôler les processus et les procédures de gestion des risques à l'échelle de l'organisme et déterminer les points à améliorer. La vérification interne vise les processus ou les mesures dont la mise en œuvre découle de la méthode intégrée de gestion des risques à divers échelons dans l'ensemble de l'organisme. La vérification interne doit comprendre une analyse de la rentabilité de la méthode et le suivi des indicateurs de rendement liés aux risques pour évaluer la contribution de la méthode intégrée de gestion des risques au sein de l'organisme.

- 1.7.4 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, les politiques et les procédures qui portent sur la sélection des services contractuels et des prestataires de services en sous-traitance, ainsi que sur la négociation des contrats, sont respectées.

Conseils :

L'organisme dispose de politiques et de procédures pour sélectionner les organismes ou les prestataires de services en sous-traitance; négocier les conditions des ententes; signer, revoir et mettre à jour tous les contrats; de même que prévoir et traiter les risques liés aux services contractuels.

- 1.7.5 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, la qualité des services contractuels et de ceux offerts par des prestataires de services en sous-traitance est évaluée régulièrement.

Conseils :

Le personnel d'encadrement de l'organisme suit des processus pour surveiller et évaluer la qualité des services contractuels et ceux offerts par des prestataires de services en

sous-traitance conformément à l'évaluation des services à l'interne, ce qui inclut le fait de veiller au maintien de la sécurité des usagers, de régler les cas de conflits et de non-respect du code de conduite, des politiques ou des procédures, ainsi que de prendre des mesures à l'égard des possibilités d'amélioration.



- 1.7.6 L'information sur le cheminement des usagers est recueillie et analysée pour déceler les obstacles au cheminement optimal des usagers, leurs causes ainsi que leurs répercussions sur l'expérience et la sécurité des usagers.

Conseils :

Les obstacles au cheminement optimal des usagers comprennent les situations où la demande de services est supérieure à la capacité de l'organisme à fournir ces services, ce qui perturbe la fluidité des transitions dans le continuum de soins pour les usagers. Les attentes, les retards, les engorgements ou le travail en attente entrent dans cette catégorie. Les secteurs de l'organisme les plus susceptibles de constituer des obstacles à un cheminement optimal et efficace des usagers comprennent les soins primaires, les services d'urgence (attente pour l'admission à l'hospitalisation), les unités de soins intensifs ou post-anesthésiques (attente pour des lits de soins chirurgicaux ou médicaux), les unités d'hospitalisation (attente pour des lits dans le milieu de soins suivant), les milieux communautaires (attente pour des soins de longue durée, des soins et services à domicile, du soutien à domicile, de l'hébergement ou des soins palliatifs).

L'analyse du cheminement doit comprendre un examen du système selon la perspective de l'utilisateur, ainsi que l'étude du taux d'occupation et de la fréquence à laquelle les usagers demeurent dans certains secteurs pendant qu'ils attendent de passer à un autre niveau ou milieu de soins. Il faut étudier les possibilités d'examiner les commentaires fournis par les usagers dans les sondages et, de façon plus active, dans les groupes de discussion sur le cheminement et durant les tournées de la haute direction. Cela peut aussi comprendre l'analyse de la variabilité de la demande de services, ce qui inclut les tendances en matière de volume de chirurgies ou les temps d'attente pour des soins d'urgence, des interventions chirurgicales ou des soins de longue durée, ainsi que la capacité de l'organisme à répondre à ces demandes.



- 1.7.7 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.

Conseils :

Selon le degré de risque, la mise à l'essai régulière d'au moins un type d'urgence ou élément du plan est effectuée au moins une fois tous les trois mois, et des exercices d'évacuation annuels ont lieu pour chaque quart de travail. L'horaire et la fréquence des exercices peuvent dépendre de l'importance du facteur temps ou de la complexité des plans d'urgence. Un emplacement où le roulement est élevé peut avoir besoin d'effectuer des exercices plus fréquemment. Souvent, les horaires de la formation et des exercices peuvent être liés aux dangers saisonniers ou aux événements déclencheurs.

Le personnel d'encadrement de l'organisme encourage le plus grand nombre possible de membres des équipes à participer à la mise à l'essai des plans d'intervention en cas de sinistres ou de situations d'urgence, et il surveille et consigne leur participation.



- 1.7.8 Une stratégie pour prévenir le mauvais traitement des usagers est élaborée et mise en œuvre.

Conseils :

Cela englobe tous les mauvais traitements pouvant être infligés à un usager. Les types de mauvais traitements comprennent ceux qui sont d'ordre physique, verbal, émotionnel, financier ou sexuel, y compris l'exploitation financière et la négligence.

Il est important de définir les facteurs qui, au sein de l'organisme, sont les plus susceptibles de contribuer à des risques de mauvais traitement et de négligence. Ils comprennent notamment :

- les facteurs de risque de l'organisme (p. ex. faibles effectifs, stress et épuisement des membres de l'équipe, haut taux de roulement du personnel, culture organisationnelle négative, absence d'une politique de prévention des mauvais traitements);
- les facteurs de risque de l'utilisateur (p. ex. démence, haut degré de dépendance, isolement social);
- les facteurs de risque des proches de l'utilisateur (p. ex. conflits antérieurs avec des membres de l'équipe ou de la famille, peu ou pas de contacts avec la famille).

Une stratégie organisationnelle de prévention des mauvais traitements peut inclure plusieurs facteurs, dont une politique sur la prévention des mauvais traitements, la formation des équipes, des usagers et des familles, les outils permettant d'identifier les usagers qui présentent des risques de mauvais traitement, ainsi qu'un protocole de déclaration des mauvais traitements.

L'élaboration d'une politique de prévention des mauvais traitements constitue un excellent premier pas pour réduire les risques de mauvais traitement au sein d'un organisme. La politique doit contenir de l'information sur les moyens de reconnaître les signes et symptômes de mauvais traitements, les mécanismes de déclaration et les procédures d'enquête, en plus de respecter les lois en vigueur. La formation et le perfectionnement des équipes sont essentiels à la prévention des mauvais traitements et doivent porter sur des sujets comme les aptitudes à communiquer, la gestion de la colère, les comportements ou les symptômes qui exposent une personne à des risques de mauvais traitement, p. ex. une maladie mentale ou la démence, ainsi que sur la façon de réagir adéquatement aux situations problématiques et aux confrontations.



- 1.7.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise une culture juste et fournit aux membres des équipes des possibilités de tirer leçon des incidents liés à la sécurité des usagers.

Conseils :

Une culture juste encourage les membres des équipes à signaler les incidents liés à la sécurité. Elle favorise un environnement exempt de jugement axé sur l'amélioration des systèmes et sur l'apprentissage découlant des incidents liés à la sécurité des usagers, tout en reconnaissant la responsabilité professionnelle des membres des équipes. Dans une culture juste, le suivi accordé à un incident est équitable, cohérent et favorable — par conséquent, il encourage la déclaration des incidents. Lorsqu'un incident survient dans une telle culture, celle-ci permet d'étudier les facteurs qui ont contribué à son déclenchement et de discuter des moyens de prévenir qu'un tel incident se reproduise.



- 1.7.10 Le personnel d'encadrement de l'organisme surveille et appuie les divers secteurs de services, les unités et les programmes pour qu'ils assurent le suivi des indicateurs de processus et de résultats qui leur sont propres et qui s'harmonisent aux buts et objectifs stratégiques plus larges de l'organisme.

Conseils :

Le personnel d'encadrement de l'organisme obtient une perspective équilibrée de l'ensemble de l'organisme en utilisant un groupe d'indicateurs dans l'ensemble du système qui sont assortis de mesures ou d'indicateurs à l'échelle locale se rapportant au rendement des secteurs de services, des unités ou des programmes.

Les indicateurs des secteurs de services ou des programmes portent sur l'efficacité de la prestation des services, la capacité de répondre aux besoins, la prestation de soins et de services centrés sur l'utilisateur et la famille, l'expérience vécue par l'utilisateur et les résultats des usagers. En utilisant les données sur leur propre rendement, les équipes sont en

mesure de déterminer si elles réalisent leurs buts et leurs objectifs, s'il existe des lacunes en matière de rendement, ainsi que les points à améliorer.



- 1.7.11 Les résultats des activités d'amélioration de la qualité de l'organisme sont communiqués à grande échelle, s'il y a lieu.

Conseils :

La communication à grande échelle des résultats des activités d'amélioration de la qualité comprend la communication avec le conseil d'administration, le cas échéant, les équipes, les usagers et leur famille. Les résultats des activités d'amélioration de la qualité peuvent aussi être communiqués aux partenaires, aux parties prenantes et à l'ensemble de la communauté.

La communication des résultats des activités d'amélioration de la qualité s'effectue conformément aux lois qui protègent l'information concernant la qualité, la sécurité, la gestion des risques et les renseignements personnels sur la santé.

Chapitre 2 : Services de déficience physique (usagers inscrits)

L'utilisateur inscrit, ainsi que sa famille et ses proches, reçoit des services de soutien et d'accompagnement à la réalisation des habitudes de vie et des services de développement ou de reprise des habitudes de vie. Ils visent à favoriser la réalisation du potentiel optimal de participation sociale de l'utilisateur en fonction de ses aspirations et objectifs en agissant à la fois sur le développement de ses capacités et sur la réduction des incapacités et des obstacles environnementaux. Ces services spécifiques, spécialisés ou surspécialisés sont le plus souvent offerts à proximité, au sein des différents milieux de vie de l'utilisateur (domicile, ressources intermédiaires et familiales, école, travail, etc.) ou en établissement.

Exceptionnellement, l'utilisateur inscrit peut obtenir des services surspécialisés pour faciliter son développement quotidien et permettre de répondre aux problématiques très complexes qu'il vit.

2.1 Épisode de soins - Services de déficience physique (usagers inscrits)

2.1.1 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.

Conseils :

Les demandes de services peuvent provenir des usagers, des familles, d'autres équipes ou d'organismes qui acheminent des usagers. 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 des usagers et des familles, des organismes qui acheminent des usagers ainsi que des autres équipes.

2.1.2 Tous les nouveaux membres de l'équipe, y compris les stagiaires et les bénévoles, font l'objet d'une vérification des antécédents criminels.

2.1.3 Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un usager potentiel, l'accès à un autre service est facilité.

Conseils :

Dans le cas où l'organisme ne peut répondre aux besoins d'un usager, les raisons sont expliquées et l'accès à d'autres services est facilité. L'information est consignée en vue d'être utilisée dans la planification des services.

2.1.4 Les données personnelles de l'utilisateur sont recueillies au moment de l'admission.

2.1.5 Les données sur l'état de santé et les antécédents médicaux et psychosociaux de l'utilisateur sont recueillies pendant le processus d'admission afin de déterminer les services requis pour ce dernier.





- 2.1.6 En partenariat avec les usagers et les familles, 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.

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, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'usager ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins 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'usager 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'usager ou la famille.

L'identification de l'usager est faite en partenariat avec l'usager et la famille 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 familles 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 parvenir de la même source.

Tests de conformité :

- 2.1.6.1** 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 familles.



- 2.1.7 Une évaluation des besoins de l'usager en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie est effectuée, s'il y a lieu, en partenariat avec l'usager et la famille.

Conseils :

La nécessité d'effectuer une évaluation des besoins en matière de soins palliatifs peut être exprimée par l'usager ou la famille ou être cernée par l'équipe. Les types de services qui pourraient être requis sont déterminés. La détermination rapide des besoins en matière de soins palliatifs permet aux usagers et aux familles de participer à la planification des soins et peut améliorer la qualité des soins et la satisfaction des familles tout au long du processus.

Dans un organisme ou un secteur de services qui ne dispense pas de soins palliatifs ou de soins en fin de vie, l'évaluation permet de cerner la nécessité d'acheminer l'usager et la famille aux services appropriés.



- 2.1.8 Des critères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les services avec les usagers.

Conseils :

Les besoins des usagers potentiels sont évalués par rapport à la capacité de l'équipe de répondre à ces besoins.



2.1.9 Les besoins des usagers qui sont en attente de services sont régulièrement réévalués et les besoins des usagers qui vivent une urgence ou une situation de crise sont rapidement satisfaits.



2.1.10 La capacité de l'utilisateur à fournir un consentement éclairé est évaluée.

Conseils :

L'évaluation de la capacité de l'utilisateur à fournir son consentement est un processus continu. Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre l'information pertinente à la prise de décisions, de prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et de comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier.

Les lois régionales et nationales sont respectées en ce qui concerne le travail auprès des enfants et des jeunes. Dans les cas où les usagers sont des personnes âgées, des mineurs ou des personnes jugées incapables de donner un consentement, ceux-ci participent le plus possible aux décisions concernant leurs services, et l'équipe accorde de l'importance à leurs questions et à leurs commentaires.



2.1.11 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.

Conseils :

Le consentement éclairé consiste à examiner l'information sur les services avec l'utilisateur, sa famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur; à l'informer des possibilités qui s'offrent à lui et à lui laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de lui demander son consentement. Il consiste aussi à respecter les droits, la culture et les valeurs de l'utilisateur, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment, et à inscrire sa décision dans son dossier. Le processus de consentement est continu.

Il y a consentement tacite quand on offre des services pour lesquels il n'est pas nécessaire d'obtenir un consentement écrit, comme quand les usagers arrivent pour un rendez-vous ou un cours, qu'on vérifie leur tension artérielle, qu'ils présentent leur bras pour une prise de sang, qu'ils arrivent par le biais des services médicaux d'urgence ou quand leur vie est menacée ou que leur état est urgent et exige une réanimation immédiate.



2.1.12 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.

Conseils :

Une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur est consultée lorsqu'il est incapable de prendre une décision, et les directives préalables sont utilisées, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits de l'utilisateur. Dans ce cas, la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur reçoit de l'information sur ses rôles et ses responsabilités, et on lui donne l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de discuter des possibilités qui s'offrent à l'utilisateur. La personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur est désignée selon la loi.

Si le consentement est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, son nom, son lien avec l'utilisateur, ainsi que la décision prise sont inscrits dans le dossier de l'utilisateur.

Lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes, le consentement éclairé est donné par l'enfant, le jeune, la famille ou le tuteur et inscrit au dossier avant la prestation des services. Le processus de consentement utilisé prévoit de les faire participer le plus possible à la prise de décisions à propos d'un service, d'une intervention ou d'un traitement, et d'accorder de l'importance à leurs opinions et à leurs questions.



2.1.13 Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et à leurs familles.

Conseils :

Le matériel écrit est offert dans les langues parlées couramment au sein de la communauté, s'il y a lieu. Des services d'interprétation sont disponibles si les usagers ou les familles en ont besoin, dans la mesure du possible.



2.1.14 Les usagers et les familles sont informés du membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leurs services et de la façon de joindre cette personne.

Conseils :

Le membre désigné peut être le membre de l'équipe collaborative qui est le plus régulièrement en contact avec l'utilisateur ou le principal prestataire responsable des soins.



2.1.15 La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse.

Conseils :

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les usagers en se présentant et en expliquant leur rôle, en demandant la permission avant d'effectuer une tâche, en expliquant ce qu'ils font, en parlant d'un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations ou en rassurant les usagers, en leur permettant de poser des questions ou d'émettre des commentaires, en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses ou leur style de vie, et en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.



2.1.16 Les usagers et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins.

Conseils :

Le milieu encourage les usagers et les familles à prendre une part active dans leurs soins, à poser des questions et à émettre des commentaires à toutes les étapes du processus de soins.



2.1.17 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

Conseils :

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider l'équipe à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils d'évaluation normalisés comporte des avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont une meilleure efficacité, une collecte de renseignements d'une plus grande exactitude, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

Les outils d'évaluation normalisés utilisés varieront selon les besoins de l'utilisateur et selon le type et la gamme de services fournis. Les outils d'évaluation normalisés utilisés sont éclairés par des données probantes et utiles pour les services fournis.



2.1.18 Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.

2.1.19 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent :

- les antécédents médicaux;
- les allergies;
- le profil pharmaceutique;
- l'état de santé;
- l'état nutritionnel;
- les besoins en matière de soins palliatifs;
- les besoins alimentaires.

Les éléments relatifs à la santé psychosociale comprennent :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et des aidants naturels;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que leur capacité et leur volonté de le faire;
- l'état de santé mentale (y compris les caractéristiques propres à la personnalité et au comportement);
- l'état cognitif;
- le statut socio-économique;
- les croyances et les besoins d'ordre culturel et spirituel.

2.1.20 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Le processus d'évaluation est aussi simplifié que possible, de façon à ce que les usagers n'aient pas à répéter l'information aux nombreux prestataires ou membres de l'équipe. S'il y a lieu, une évaluation interdisciplinaire ou collaborative peut être effectuée avec l'utilisateur, la famille et les membres appropriés de l'équipe.

2.1.21 La capacité de chaque usager de participer à ses soins est déterminée en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.

Conseils :

La capacité de participer à ses propres soins diffère pour chaque usager. À chaque étape du processus de soins, le membre approprié de l'équipe travaille avec l'utilisateur, la famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur pour déterminer la quantité et le type d'information dont l'utilisateur ou la famille a besoin pour participer à ses soins de façon significative. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.





- 2.1.22 Les souhaits de l'utilisateur quant à la participation de la famille à ses soins sont respectés.

Conseils :

L'équipe trouve des façons d'inclure des membres du réseau de soutien de l'utilisateur à ses soins.

Si une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur ou un membre de sa famille participe à la prise de décisions, les lois en vigueur sont respectées. Il existe un processus pour régler les conflits entre l'utilisateur et la famille concernant le niveau souhaité de participation.



- 2.1.23 Des renseignements précis et complets sont communiqués à l'utilisateur et à la famille en temps opportun tout en respectant le souhait de l'utilisateur de prendre part à la prise de décision.

Conseils :

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle à un choix éclairé et à une prise de décisions conjointe entre les usagers, les familles et l'équipe. Les renseignements sont transmis selon les besoins et intérêts de la personne et en fonction de son niveau de compréhension.

Les usagers et les familles sont mis au courant des risques et bienfaits des soins, des rôles et responsabilités de l'utilisateur dans la prestation des services, ainsi que des avantages, des limites et des résultats possibles des interventions ou services proposés, de la façon de se préparer aux tests et aux traitements, de la disponibilité de services de counseling et de groupes de soutien ainsi que de la façon de joindre les membres de l'équipe en cas d'urgence ou de situation de crise.

Divers niveaux et types de renseignements sont offerts à différentes étapes de la prestation des soins pour répondre aux besoins et aux souhaits de l'utilisateur quand cela est possible. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission (p. ex., les sujets graves exigent une approche plus structurée).



- 2.1.24 Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis à l'utilisateur sont déterminés en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences de l'utilisateur, tels que définis dans son évaluation sont utilisés pour élaborer les objectifs des services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières de l'utilisateur, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres organismes qui offrent des services à l'utilisateur.



- 2.1.25 L'équipe s'assure que l'utilisateur et la famille comprennent bien l'information concernant les soins.

Conseils :

Au moment de fournir de l'information aux usagers et aux familles, le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, l'invalidité ainsi que la langue et la culture sont pris en compte.

Les processus utilisés pour vérifier que les usagers ont bien compris l'information sont, entre autres, les suivants : encourager les usagers à poser des questions et accorder du temps à cet effet; demander à l'utilisateur de répéter l'information fournie; s'assurer que la communication s'effectue dans la même langue que celle de l'utilisateur, tout en respectant sa culture, dans la mesure du possible; utiliser des supports visuels ou vidéos, dans la mesure du possible; et, établir un échange continu pendant lequel l'équipe confirme fréquemment que l'utilisateur a bien compris l'information fournie.



2.1.26 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.

Conseils :

Les droits des usagers et des familles comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment l'information sur l'utilisateur sera utilisée, le droit d'avoir accès à leur dossier et à l'information qui les concerne, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles ainsi que le droit de prendre des risques et de ne subir aucun mauvais traitement, aucune exploitation et aucune discrimination.

Les droits des usagers et des familles en matière de prestation de services englobent le droit de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation d'un service; de prendre part à tous les aspects d'un service et de faire des choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation du service; de remettre en question une décision relative au plan d'intervention interdisciplinaire individualisé ou de déposer une plainte; de participer ou de refuser de participer à une recherche ou à des essais cliniques; de recevoir des services sûrs et offerts par des personnes compétentes; et, de faire part de ses inquiétudes quant à la qualité d'un service.

Les responsabilités de l'utilisateur et de la famille comprennent le fait de traiter les autres avec respect, de fournir de l'information exacte, de signaler les risques pour la sécurité et de se conformer aux règles et aux règlements.

L'information est fournie à l'accueil ou à l'admission. Elle est adaptée aux divers besoins comme la langue, la culture, le niveau de scolarité, le style de vie et les déficiences physiques ou mentales. Si l'information ne peut être fournie à l'utilisateur et à la famille à l'accueil, celle-ci est offerte par la suite dans les meilleurs délais.



2.1.27 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.



2.1.28 Un processus est en place pour assurer que les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que leur famille soient l'abri de répercussions négatives quand des décisions sont rendues relativement aux services, que des plaintes sont formulées ou qu'une rétroaction est fournie.

Conseils :

Les membres de l'équipe sont formés afin de prendre les mesures appropriées avec professionnalisme et respect quand des décisions relatives aux services sont portées en appel, annulées ou limitées, ou quand des transferts sont effectués vers d'autres services.

Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que leur famille peuvent choisir de réagir en privé et en toute confidentialité.



2.1.29 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Un milieu où les usagers, les familles et les membres de l'équipe sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes est favorisé. L'organisme fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les familles peuvent obtenir des conseils ou une consultation. En cas d'utilisation de dossiers de santé électroniques, il existe un processus pour recevoir les plaintes et les questions des usagers au sujet de la confidentialité des dossiers électroniques, et pour y donner suite.

Les allégations présentées par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi réglées.



- 2.1.30 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.

Conseils :

Il existe un processus structuré d'examen des questions d'éthique pour déterminer les cas où l'on peut faire participer un usager à une activité de recherche. Les activités de recherche peuvent comprendre des essais cliniques, l'évaluation de nouveaux protocoles ou de changements apportés à des protocoles existants. Les usagers et les familles participent à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche participatifs, le cas échéant (p. ex. à la collecte de données qualitatives pour des initiatives d'amélioration de la qualité).



- 2.1.31 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.

Conseils :

Les questions d'éthique sont soulevées quand des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être très graves, il peut s'agir de question de vie ou de mort ou de questions liées aux activités quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre à risque, le triage des membres de la communauté durant une situation d'urgence, les demandes de retrait de certains services spécifiques ou la fin des services, dont les services de soutien et de maintien artificiel de la vie, et les soins en fin de vie, en sont des exemples.

Le cadre d'éthique de l'organisme est utilisé pour gérer et régler les questions d'éthique. Elles peuvent être prises en charge par un comité d'éthique ou une équipe de consultation qui peut comprendre des professionnels de la santé, des membres du clergé ou des éthiciens. En plus d'offrir des consultations cliniques, le comité d'éthique peut prendre part à l'examen des politiques et à la sensibilisation à l'éthique.

Les questions d'éthique liées à des usagers précis sont consignées au dossier des usagers concernés.



- 2.1.32 Les préférences de l'utilisateur et les options relatives aux services sont discutées dans le cadre de l'évaluation, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, de même que les différentes options possibles pour ses soins et services sont discutés avec l'utilisateur et la famille. L'équipe et l'utilisateur s'engagent dans une prise de décisions conjointe qui tient compte des préférences de l'utilisateur, des résultats attendus et des risques et bienfaits liés aux options.

Par exemple, diverses stratégies de gestion de la douleur peuvent faire l'objet de discussions, comme les analgésiques, ce qui comprend les opioïdes et les adjuvants, de même que les interventions d'ordre physique, comportemental et psychosocial, et l'utilisateur peut choisir l'option qu'il préfère.

Les possibilités d'auto-soins, la vie privée, les visiteurs, les traitements, les tests et les soins personnels comme ceux liés au sommeil, au bain et à l'alimentation comptent parmi les autres préférences discutées.



- 2.1.33 Les résultats de l'évaluation sont communiqués à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe en temps opportun et de manière facile à comprendre.

Conseils :

La communication des résultats des évaluations, lorsque nécessaire, améliore la clarté et évite la répétition. Pour que l'information soit facile à comprendre, les renseignements sont adaptés au niveau d'alphabétisme de l'utilisateur, à sa langue et à sa culture.



- 2.1.34 Un plan d'intervention interdisciplinaire individualisé et complet est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.

Conseils :

Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé repose sur les résultats de l'évaluation de même que sur les objectifs et les résultats attendus des services. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des autres membres de l'équipe, d'autres organismes, ainsi que des usagers et des familles. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents de l'utilisateur, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments, y compris les problèmes ou les réactions indésirables liés aux médicaments.

Le plan comprend le lieu de prestation et la fréquence des services, les délais avant le début des services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des services, la façon dont sera évaluée l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.



- 2.1.35 Le plan de services individuel détermine les activités nécessaires pour faciliter l'intégration scolaire des enfants et des jeunes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement.

Conseils :

Les activités nécessaires pour faciliter l'intégration comprennent l'apprentissage et la mise en pratique d'habiletés qui préparent les enfants et les jeunes à l'école (p. ex. la communication, les activités sociales et l'autonomie).



- 2.1.36 Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.

Conseils :

Le dossier de l'utilisateur, qui réunit toute l'information à un seul endroit, est accessible à l'équipe qui dispense les soins, y compris aux usagers.



- 2.1.37 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.



- 2.1.38 Les services pertinents de suivi pour l'utilisateur, le cas échéant, sont coordonnés en collaboration avec l'utilisateur, la famille, d'autres équipes et organismes.

Conseils :

La responsabilité entourant les soins se poursuit jusqu'à ce que le service ait pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre organisme.

Les services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extra-hospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile à l'utilisateur contribue à ce que ce dernier reçoive les services les plus appropriés à l'endroit le plus adéquat, et réduit au minimum les transferts inutiles et les solutions temporaires.

Pour veiller à ce que les usagers reçoivent des soins continus et ininterrompus, le placement et le suivi comprennent un processus pour les cas où la transition ne se passe pas comme prévu.



- 2.1.39 L'état de santé de l'utilisateur est réévalué en partenariat avec l'utilisateur, et des mises à jour sont consignées dans son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état de santé.

Conseils :

Le fait de ne pas signaler un changement dans l'état de l'utilisateur ou de tarder à le faire, en particulier lorsqu'il y a une détérioration de son état, constitue un obstacle important à la prestation de soins et de services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans l'état de santé de l'utilisateur est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.



- 2.1.40 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur comprend des stratégies pour soulager ou gérer la douleur et les autres symptômes.

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. L'équipe consulte des experts et utilise des recherches et des données probantes afin de connaître les meilleures méthodes de soulagement de la douleur et d'autres symptômes.



- 2.1.41 Les progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'utilisateur, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire individualisé au besoin.

Conseils :

La consignation des progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle inclut l'utilisateur et sa famille. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés, la discussion avec les usagers et les familles et l'observation.



- 2.1.42 Les usagers et les familles ont accès à des services psychosociaux et de soutien.

Conseils :

Le soutien émotionnel et le counseling peuvent aider les usagers et les familles à composer avec les besoins et les problèmes en matière de santé. Le soutien peut viser à aider les usagers à composer avec un diagnostic, avec la prise de décisions ou avec les effets secondaires; il peut également être axé sur des questions d'éthique précises comme les directives préalables.



- 2.1.43 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes applicables au milieu sont déterminées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les risques de blessures causées par celles-ci.

Conseils :

Les organismes devraient déterminer et adopter des précautions pour tous les usagers, peu importe les risques de chute. L'acronyme SAFE (sécurité des lieux, assistance à la mobilité, facteurs de risque réduits et enseignement à l'utilisateur et à sa famille) décrit les stratégies clés des précautions universelles de prévention des chutes. Voici des exemples de précautions universelles de prévention des chutes : familiariser l'utilisateur avec les nouveaux milieux, placer les boutons d'appel à un endroit accessible en tout temps (p. ex dans la salle de bain), installer des rampes solides dans les salles de bain, les chambres et les couloirs, utiliser des veilleuses ou un éclairage d'appoint, fournir des chaises qui conviennent aux usagers ayant une mobilité réduite, avoir des aides à la mobilité disponibles adaptées aux usagers servis, garder le sol propre et sec, nettoyer rapidement tous les liquides renversés et garder en ordre les couloirs et les aires où les soins sont

dispensés. Il est important d'établir des précautions qui correspondent au milieu clinique et aux besoins des usagers de ce milieu, y compris leur droit d'encourir certains risques.



- 2.1.44 Une approche interprofessionnelle et collaborative est utilisée pour évaluer les besoins des usagers en matière de soins de la peau et des plaies et dispenser des soins éclairés par des données probantes qui favorisent la guérison et réduisent les cas de morbidité et de mortalité.

Conseils :

La guérison des plaies est un processus complexe qui dépend de l'utilisateur (p. ex., comorbidités, âge, état nutritionnel, etc.), du type de peau et de plaies, de l'environnement de l'utilisateur (propreté, soutien social, aides à la mobilité, etc.) et du type de soins qui sont dispensés. Un grand nombre de plaies peuvent être évitées par des soins de peau appropriés et des mesures préventives.

Quand les usagers ont des plaies, la plupart peuvent être guéries au moyen d'une évaluation adéquate, d'un diagnostic précis, du traitement pertinent et de soins autoadministrés appropriés. Des soins appropriés peuvent réduire la souffrance des usagers (p. ex., douleur rebelle, infection, amputation, hospitalisation, détérioration de la qualité de vie) et sauver des vies. La demande de service de soins de la peau et des plaies est élevée (plus du tiers des usagers des soins et services à domicile ont des besoins en matière de soins des plaies) et les plaies coûtent cher aux systèmes de santé. Des programmes efficaces de soins de la peau et des plaies permettent d'obtenir de meilleurs résultats pour les usagers et de réduire les coûts.

La façon la plus efficace de dispenser des soins de la peau et des plaies consiste en une vaste collaboration interprofessionnelle reposant sur des protocoles normalisés éclairés par des données probantes. La contribution d'une grande variété d'experts est requise et la collaboration interprofessionnelle peut être obtenue de diverses façons (p. ex., équipes interdisciplinaires, visites, réseaux virtuels, télésanté). Il est important de déterminer quand et comment les prestataires de soins peuvent accéder aux experts afin d'assurer un diagnostic précis ainsi que des soins de la peau et des plaies ininterrompus. Pour appuyer la collaboration interprofessionnelle, l'équipe, les usagers, les familles et les aidants doivent recevoir une formation adaptée à leurs rôles de prestataires de soins.

Des soins de la peau et des plaies efficaces commencent par une évaluation complète qui permet d'établir un diagnostic précis de la plaie; il faut notamment évaluer la peau et la plaie et examiner les facteurs propres à l'utilisateur, son environnement et les soins qu'il a déjà reçus. Il existe des lignes directrices sur les meilleures pratiques éclairées par des données probantes pour les soins de la peau et des plaies. En adoptant des lignes directrices, les organismes renforcent les soins de la peau et des plaies qu'ils dispensent grâce à une évaluation adéquate, à un diagnostic précis, à l'utilisation des produits et traitements pertinents, aux acheminements interdisciplinaires requis et à un suivi continu. Étant donné la vaste gamme de produits offerts, l'organisme est en mesure d'offrir de meilleurs soins quand il a en main une liste normalisée des produits et des critères d'utilisation s'y rattachant. De plus, pour que les professionnels de la santé puissent communiquer efficacement, il faut une approche normalisée qui permet d'obtenir une documentation complète et précise grâce à la consignation de tous les aspects de la prestation des soins.

Il a été démontré que le fait de donner aux prestataires un accès en temps opportun à l'information concernant les plaies améliore énormément les résultats pour les usagers et le temps de guérison. Les organismes doivent donc avoir en place un processus pour partager toute l'information quand l'utilisateur passe d'un prestataire à un autre et d'un service à un autre. Des données découlant des indicateurs liés aux processus de soins et aux résultats pour les usagers peuvent aider à évaluer l'efficacité de l'approche adoptée pour les soins de la peau et des plaies. Les indicateurs possibles comprennent les données sur les soins à domicile (p. ex., la durée du séjour, les dimensions des plaies, le nombre de visites).

Tests de conformité :

- 2.1.44.1 Une approche consignée et coordonnée de soins de la peau et des plaies est en place pour appuyer les médecins, le personnel infirmier et les prestataires de soins paramédicaux dans leur travail de collaboration. L'approche donne accès à l'expertise appropriée compte tenu de la population de patients.
- 2.1.44.2 Les membres de l'équipe ont accès à de la formation sur les soins de la peau et des plaies, notamment sur les produits et technologies, sur l'évaluation et le traitement et sur la documentation.
- 2.1.44.3 Les usagers, les familles et les aidants reçoivent de l'information et de la formation sur les soins de la peau et des plaies autoadministrés, sous une forme qu'ils peuvent comprendre.
- 2.1.44.4 Des méthodes éclairées par des données probantes sont utilisées pour évaluer les nouveaux usagers en vue d'établir ou de confirmer le diagnostic de la plaie et pour mettre au point un plan de soins individualisé qui se penche sur la ou les causes de la plaie.
- 2.1.44.5 Des soins de la peau et des plaies normalisés qui optimisent la santé de la peau et favorisent la guérison sont dispensés.
- 2.1.44.6 Des documents normalisés sont mis en œuvre dans le but d'élaborer un rapport complet de tous les aspects de la prestation de soins de la peau et des plaies (y compris l'évaluation, les buts du traitement, le traitement dispensé et les résultats).
- 2.1.44.7 Un processus est en place pour partager l'information au sujet des soins de la peau et des plaies des usagers entre les prestataires, particulièrement aux points de transition des soins.
- 2.1.44.8 L'efficacité du programme de soins de la peau et des plaies est vérifiée en évaluant les processus mis en place pour dispenser les soins (p. ex., diagnostic précis, traitement approprié, etc.) et les résultats (p. ex., temps de guérison, douleur, etc.); cette information est utilisée pour apporter des améliorations.



- 2.1.45 Il existe un processus pour entreprendre les soins palliatifs et les soins en fin de vie, au besoin.

Conseils :

Les services sont entrepris par l'équipe, l'utilisateur ou la famille et tiennent compte de l'évaluation des résultats. La participation aux soins palliatifs et aux soins en fin de vie diffère selon les services que l'équipe dispense et selon les usagers desservis. Si l'équipe ne dispense pas de soins palliatifs et en fin de vie, les usagers sont acheminés vers les services appropriés.



- 2.1.46 Le souhait de l'utilisateur de mettre fin aux services ou de les limiter, d'être transféré à un autre service ou de retourner à la maison est respecté.

Conseils :

La prise de décisions conjointe au sujet de la transition de l'utilisateur a lieu en consultation avec la famille ou la personne chargée de prendre les décisions au nom de l'utilisateur, au besoin, et tient compte de la capacité de l'utilisateur de prendre des décisions. Les risques de la transition sont discutés avec l'utilisateur et la famille, de même que les services extra-hospitaliers auxquels ils auront accès après la transition.

Un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour travailler avec les usagers qui ont choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Si l'utilisateur souhaite continuer d'obtenir des services qui vont à l'encontre de la recommandation de l'équipe ou qui vont au-delà de la capacité de

l'organisme, un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour assurer un résultat juste et équitable pour l'utilisateur et l'organisme.



- 2.1.47 Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition de l'utilisateur, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.

Conseils :

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible dans le cadre du processus de soins. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour l'utilisateur sont déterminés. Certains facteurs ont une influence sur la capacité de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisme.



- 2.1.48 Les utilisateurs sont responsabilisés de manière à gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.

Conseils :

L'enseignement qui favorise la responsabilisation et aide les utilisateurs à gérer eux-mêmes une maladie chronique peut comprendre la planification de mesures, l'imitation de comportement, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation, les techniques de gestion des symptômes, des facteurs de risque, de la fatigue et du sommeil, l'utilisation des médicaments, la gestion des émotions, les changements sur le plan cognitif et de la mémoire, la formation en communication avec des professionnels de la santé et d'autres personnes, ainsi que la résolution de problèmes et la prise de décisions liées à des questions de santé.

Des outils et des ressources sont offerts aux utilisateurs pour les aider à gérer eux-mêmes leur état de santé. Ils sont adaptés aux besoins de chaque utilisateur. Par exemple, les outils peuvent être modifiés en fonction de leur degré de compréhension, de leur niveau d'alphabétisation, de leur invalidité, ainsi que de leur langue et de leur culture.



- 2.1.49 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, que ce soit vers la maison, une autre équipe, un autre niveau de soins ou qu'il s'agisse de la fin des services, améliore la coordination entre les équipes et les organismes partenaires et aide à préparer l'utilisateur pour la fin des services. La participation de l'utilisateur à la planification de la fin des services assure que l'utilisateur et la famille sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition de l'utilisateur, de même que ses besoins et préférences après les soins font partie du plan d'intervention interdisciplinaire individualisé. La discussion peut comprendre le suivi après les soins, la capacité relative à l'auto-administration des soins, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



- 2.1.50 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

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 posthospitaliers, la relecture et la reformulation) favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente et des outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisme. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisme. 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 familles de répéter l'information. Les usagers et les familles 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.

Tests de conformité :

- 2.1.50.1** L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 2.1.50.2** Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 2.1.50.3** Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 2.1.50.4** L'information partagée aux points de transition 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 :
 - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de 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 (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

2.1.51 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

À intervalles réguliers, un échantillon d'utilisateurs, de familles ou d'organismes vers lesquels ils ont été acheminés est contacté pour déterminer l'efficacité de la transition ou de la fin des services, connaître l'opinion et les préoccupations des usagers après la transition et vérifier si les plans de suivi sont respectés. L'évaluation des transitions représente une occasion de vérifier que les besoins de l'utilisateur et de la famille ont été satisfaits et que leurs préoccupations ou leurs questions ont été abordées.



La rétroaction des usagers et l'ensemble des résultats de l'évaluation sont partagés avec le personnel d'encadrement et le conseil d'administration de l'organisme, et l'information est utilisée pour améliorer les transitions.



- 2.1.52 Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.

Conseils :

Les services de santé offerts au domicile d'un usager présentent des défis pour les usagers, 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 ou les soignants naturels dans la prestation de services de santé.

Bien que les organismes de soins et services à domicile puissent avoir peu de contrôle direct sur les risques présents dans le domicile de l'utilisateur, une évaluation des risques à domicile peut améliorer la sécurité des usagers, des familles et des membres de l'équipe qui participent à la prestation de services. Les résultats de l'évaluation peuvent servir à définir les priorités parmi les secteurs de services, à établir des stratégies sécuritaires à intégrer aux plans de services et à communiquer avec les usagers, les familles et les organismes avec lesquels des partenariats existent.

Tests de conformité :

- 2.1.52.1 Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début des services.
- 2.1.52.2 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque de l'utilisateur et des mesures d'urgence.
- 2.1.52.3 L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée pour planifier et offrir les services aux usagers et elle est communiquée aux partenaires qui participent à la planification des soins.
- 2.1.52.4 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les services de santé de l'utilisateur.
- 2.1.52.5 Les usagers et les familles reçoivent de l'information au sujet des problèmes de sécurité à domicile cernés dans l'évaluation.



- 2.1.53 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.

Conseils :

Le suicide est une préoccupation en matière de santé à l'échelle mondiale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), plus de 800 000 personnes se suicident chaque année. Beaucoup de ces décès pourraient être prévenus par une détection précoce des signes de pensées suicidaires et une intervention appropriée.

Tests de conformité :

- 2.1.53.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.
- 2.1.53.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.
- 2.1.53.3 Les besoins de sécurité immédiats de l'utilisateur chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.

- 2.1.53.4 Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.
- 2.1.53.5 La mise en œuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.



- 2.1.54 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.

Conseils :

La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions prévues, les consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.

L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).

L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires (services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.

Tests de conformité :

- 2.1.54.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- 2.1.54.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 2.1.54.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.

- 2.1.54.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 2.1.54.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 2.1.54.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 2.1.54.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 2.1.54.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

2.2 Prévention et contrôle des infections - Services de déficience physique (usagers inscrits)

- 2.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

Conseils :

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.



Tests de conformité :

2.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :

- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
- mesurer l'utilisation d'un produit;
- inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
- évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

2.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

2.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

2.2.2 La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

Conseils :

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes d'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit :

- avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

Tests de conformité :

2.2.2.1 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



2.2.3 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Conseils :

Les usagers, les familles 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 (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style 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.

-   2.2.4 Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.



Conseils :

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.

-   2.2.5 Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.



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'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), 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 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 (EPI) 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.

-   2.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.



Conseils :

Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.

-   2.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

Conseils :

Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).

-   2.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.

Conseils :

Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.



- 2.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Conseils :

Par exemple, l'organisme 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.



- 2.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.

Conseils :

Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.



- 2.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.

Conseils :

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

2.3 Gestion des médicaments - Services de déficience physique (usagers inscrits)



- 2.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.



- 2.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).



- 2.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.



- 2.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.

Conseils :

Par exemple, l'utilisateur peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.



- 2.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.



- 2.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.



- 2.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.

Conseils :

Les critères de sélection englobent la capacité de l'utilisateur à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.



- 2.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.

Conseils :

Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'utilisateur dans un tiroir verrouillé.



- 2.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.



- 2.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'usager le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.

Conseils :

Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.



- 2.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'usager avant son administration.



- 2.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.

Conseils :

La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'usager ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.



- 2.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'usager l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.

Conseils :

Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'usager a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'usager.



- 2.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.

Conseils :

Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'usager. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.



- 2.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque usager sont surveillés et consignés.

Conseils :

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'usager, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. 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.



2.3.16 Chaque usager est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



2.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des usagers afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

Conseils :

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



2.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux usagers et aux familles les incidents liés à la sécurité des usagers sont respectées.

2.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de déficience physique (usagers inscrits)



2.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

Conseils :

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.



2.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

Conseils :

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.



2.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

Chapitre 3 : Services de déficience physique (usagers admis)

L'utilisateur admis reçoit des services spécialisés ou surspécialisés de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ou des services surspécialisés, en étant admis dans un lit dédié à cette fin. Ces services visent à permettre la récupération fonctionnelle de l'utilisateur, ainsi qu'à soutenir sa famille et ses proches.

Bien que le cadre légal prévoit que l'utilisateur en ressource à assistance continue (RAC) soit « inscrit », en raison des activités offertes en RAC, l'utilisateur est considéré comme « admis » dans le cadre du présent manuel d'évaluation. Les services offerts en RAC visent à fournir des services d'assistance et de surveillance sur le plan résidentiel. Seules les ressources pour lesquelles les services sont fournis en continu (24 heures sur 24, 7 jours sur 7, service continu en présence des usagers, incluant la nuit) par le personnel de l'établissement sont ici visées.

3.1 Épisode de soins - Services de déficience physique (usagers admis)

3.1.1 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.

Conseils :

Les demandes de services peuvent provenir des usagers, des familles, d'autres équipes ou d'organismes qui acheminent des usagers. 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 des usagers et des familles, des organismes qui acheminent des usagers ainsi que des autres équipes.

3.1.2 Tous les nouveaux membres de l'équipe, y compris les stagiaires et les bénévoles, font l'objet d'une vérification des antécédents criminels.

3.1.3 Les usagers potentiels et actuels, ainsi que leurs familles, peuvent accéder aux services essentiels jour et nuit, sept jours sur sept.

Conseils :

Les services essentiels sont définis en fonction du type de services offerts et des besoins des usagers desservis. On peut accéder aux services en personne, par téléphone ou par courriel, comme il convient.

L'accès aux services essentiels fait l'objet d'un suivi et sert d'indicateur de l'accès global aux services et de la capacité de répondre aux besoins des usagers.

Si un accès en tout temps n'est pas offert, il y a un processus pour collaborer avec d'autres prestataires de services ou organismes ainsi qu'avec la communauté de manière à ce que ceux qui ont besoin d'aide puissent accéder aux services essentiels ailleurs.





- 3.1.4 Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un usager potentiel, l'accès à un autre service est facilité.

Conseils :

Dans le cas où l'organisme ne peut répondre aux besoins d'un usager, les raisons sont expliquées et l'accès à d'autres services est facilité. L'information est consignée en vue d'être utilisée dans la planification des services.



- 3.1.5 Les données personnelles de l'usager sont recueillies au moment de l'admission.
- 3.1.6 Les données sur l'état de santé et les antécédents médicaux et psychosociaux de l'usager sont recueillies pendant le processus d'admission afin de déterminer les services requis pour ce dernier.



- 3.1.7 En partenariat avec les usagers et les familles, 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.

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, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'usager ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins 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'usager 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'usager ou la famille.

L'identification de l'usager est faite en partenariat avec l'usager et la famille 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 familles 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 parvenir de la même source.

Tests de conformité :

- 3.1.7.1** 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 familles.



- 3.1.8 Il existe un processus pour entreprendre les soins palliatifs et les soins en fin de vie, au besoin.

Conseils :

Les services sont entrepris par l'équipe, l'usager ou la famille et tiennent compte de l'évaluation des résultats. La participation aux soins palliatifs et aux soins en fin de vie différera selon les services que l'équipe dispense et selon les usagers desservis. Si l'équipe ne dispense pas de soins palliatifs et en fin de vie, les usagers sont acheminés vers les services appropriés.



- 3.1.9 Des critères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les services avec les usagers.

Conseils :

Les besoins des usagers potentiels sont évalués par rapport à la capacité de l'équipe de répondre à ces besoins.



- 3.1.10 La capacité de l'utilisateur à fournir un consentement éclairé est évaluée.

Conseils :

L'évaluation de la capacité de l'utilisateur à fournir son consentement est un processus continu. Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre l'information pertinente à la prise de décisions, de prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et de comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier.

Les lois régionales et nationales sont respectées en ce qui concerne le travail auprès des enfants et des jeunes. Dans les cas où les usagers sont des personnes âgées, des mineurs ou des personnes jugées incapables de donner un consentement, ceux-ci participent le plus possible aux décisions concernant leurs services, et l'équipe accorde de l'importance à leurs questions et à leurs commentaires.



- 3.1.11 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.

Conseils :

Le consentement éclairé consiste à examiner l'information sur les services avec l'utilisateur, sa famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur; à l'informer des possibilités qui s'offrent à lui et à lui laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de lui demander son consentement. Il consiste aussi à respecter les droits, la culture et les valeurs de l'utilisateur, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment, et à inscrire sa décision dans son dossier. Le processus de consentement est continu.

Il y a consentement tacite quand on offre des services pour lesquels il n'est pas nécessaire d'obtenir un consentement écrit, comme quand les usagers arrivent pour un rendez-vous ou un cours, qu'on vérifie leur tension artérielle, qu'ils présentent leur bras pour une prise de sang, qu'ils arrivent par le biais des services médicaux d'urgence ou quand leur vie est menacée ou que leur état est urgent et exige une réanimation immédiate.



- 3.1.12 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.

Conseils :

Une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur est consultée lorsqu'il est incapable de prendre une décision, et les directives préalables sont utilisées, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits de l'utilisateur. Dans ce cas, la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur reçoit de l'information sur ses rôles et ses responsabilités, et on lui donne l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de discuter des possibilités qui s'offrent à l'utilisateur. La personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur peut être désignée selon la loi ou peut être un défenseur des droits des usagers, un membre de la famille, un tuteur ou un aidant.

Si le consentement est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, son nom, son lien avec l'utilisateur, ainsi que la décision prise sont inscrits dans le dossier de l'utilisateur.

Lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes, le consentement éclairé est donné par l'enfant, le jeune, la famille ou le tuteur et inscrit au dossier avant la prestation des services. Le processus de consentement utilisé prévoit de les faire participer le plus possible à la prise de décisions à propos d'un service, d'une intervention ou d'un traitement, et d'accorder de l'importance à leurs opinions et à leurs questions.



- 3.1.13 Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et à leurs familles.

Conseils :

Le matériel écrit est offert dans les langues parlées couramment au sein de la communauté, s'il y a lieu. Des services d'interprétation sont disponibles si les usagers ou les familles en ont besoin, dans la mesure du possible.



- 3.1.14 Les usagers et les familles sont informés du membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leurs services et de la façon de joindre cette personne.

Conseils :

Le membre désigné peut être le membre de l'équipe collaborative qui est le plus régulièrement en contact avec l'utilisateur ou le principal prestataire responsable des soins.



- 3.1.15 La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse.

Conseils :

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les usagers en se présentant et en expliquant leur rôle, en demandant la permission avant d'effectuer une tâche, en expliquant ce qu'ils font, en parlant d'un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations ou en rassurant les usagers, en leur permettant de poser des questions ou d'émettre des commentaires, en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses ou leur style de vie, et en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.



- 3.1.16 Les usagers et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins.

Conseils :

Le milieu encourage les usagers et les familles à prendre une part active dans leurs soins, à poser des questions et à émettre des commentaires à toutes les étapes du processus de soins.



- 3.1.17 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

Conseils :

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider l'équipe à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils d'évaluation normalisés comporte des avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont une meilleure efficacité, une collecte de renseignements d'une plus grande exactitude, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

Les outils d'évaluation normalisés utilisés varieront selon les besoins de l'utilisateur et selon le type et la gamme de services fournis. Les outils d'évaluation normalisés utilisés sont éclairés par des données probantes et utiles pour les services fournis.



3.1.18 Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.

3.1.19 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'usager et la famille.

Conseils :

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent:

- les antécédents médicaux;
- les allergies;
- le profil pharmaceutique;
- l'état de santé;
- l'état nutritionnel;
- les besoins en matière de soins palliatifs;
- les besoins alimentaires.

Les éléments relatifs à la santé psychosociale comprennent :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et des aidants naturels;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que leur capacité et leur volonté de le faire;
- l'état de santé mentale (y compris les caractéristiques propres à la personnalité et au comportement);
- l'état cognitif;
- le statut socio-économique;
- les croyances et les besoins d'ordre culturel et spirituel.

3.1.20 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Le processus d'évaluation est aussi simplifié que possible, de façon à ce que les usagers n'aient pas à répéter l'information aux nombreux prestataires ou membres de l'équipe. S'il y a lieu, une évaluation interdisciplinaire ou collaborative peut être effectuée avec l'usager, la famille et les membres appropriés de l'équipe.

3.1.21 La capacité de chaque usager de participer à ses soins est déterminée en partenariat avec l'usager et sa famille.

Conseils :

La capacité de participer à ses propres soins diffère pour chaque usager. À chaque étape du processus de soins, le membre approprié de l'équipe travaille avec l'usager, la famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'usager pour déterminer la quantité et le type d'information dont l'usager ou la famille a besoin pour participer à ses soins de façon significative. Cette information est également consignée dans le dossier de l'usager.





- 3.1.22 Les souhaits de l'utilisateur quant à la participation de la famille à ses soins sont respectés.

Conseils :

L'équipe trouve des façons d'inclure des membres du réseau de soutien de l'utilisateur à ses soins.

Si une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur ou un membre de sa famille participe à la prise de décisions, les lois en vigueur sont respectées. Il existe un processus pour régler les conflits entre l'utilisateur et la famille concernant le niveau souhaité de participation.



- 3.1.23 Des renseignements précis et complets sont communiqués à l'utilisateur et à la famille en temps opportun tout en respectant le souhait de l'utilisateur de prendre part à la prise de décision.

Conseils :

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle à un choix éclairé et à une prise de décisions conjointe entre les usagers, les familles et l'équipe. Les renseignements sont transmis selon les besoins et intérêts de la personne et en fonction de son niveau de compréhension.

Les usagers et les familles sont mis au courant des risques et bienfaits des soins, des rôles et responsabilités de l'utilisateur dans la prestation des services, ainsi que des avantages, des limites et des résultats possibles des interventions ou services proposés, de la façon de se préparer aux tests et aux traitements, de la disponibilité de services de counseling et de groupes de soutien ainsi que de la façon de joindre les membres de l'équipe en cas d'urgence ou de situation de crise.

Divers niveaux et types de renseignements sont offerts à différentes étapes de la prestation des soins pour répondre aux besoins et aux souhaits de l'utilisateur quand cela est possible. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission (p. ex., les sujets graves exigent une approche plus structurée).



- 3.1.24 Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis à l'utilisateur sont déterminés en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences de l'utilisateur, tels que définis dans son évaluation sont utilisés pour élaborer les objectifs des services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières de l'utilisateur, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres organismes qui offrent des services à l'utilisateur.



- 3.1.25 L'équipe s'assure que l'utilisateur et la famille comprennent bien l'information concernant les soins.

Conseils :

Au moment de fournir de l'information aux usagers et aux familles, le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, l'invalidité ainsi que la langue et la culture sont pris en compte.

Les processus utilisés pour vérifier que les usagers ont bien compris l'information sont, entre autres, les suivants : encourager les usagers à poser des questions et accorder du temps à cet effet; demander à l'utilisateur de répéter l'information fournie; s'assurer que la communication s'effectue dans la même langue que celle de l'utilisateur, tout en respectant sa culture, dans la mesure du possible; utiliser des supports visuels ou vidéos, dans la mesure du possible; et, établir un échange continu pendant lequel l'équipe confirme fréquemment que l'utilisateur a bien compris l'information fournie.



- 3.1.26 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.

Conseils :

Les droits des usagers et des familles comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment l'information sur l'utilisateur sera utilisée, le droit d'avoir accès à leur dossier et à l'information qui les concerne, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles ainsi que le droit de prendre des risques et de ne subir aucun mauvais traitement, aucune exploitation et aucune discrimination.

Les droits des usagers et des familles en matière de prestation de services englobent le droit de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation d'un service; de prendre part à tous les aspects d'un service et de faire des choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation du service; de remettre en question une décision relative au plan d'intervention interdisciplinaire individualisé ou de déposer une plainte; de participer ou de refuser de participer à une recherche ou à des essais cliniques; de recevoir des services sûrs et offerts par des personnes compétentes; et, de faire part de ses inquiétudes quant à la qualité d'un service.

Les responsabilités de l'utilisateur et de la famille comprennent le fait de traiter les autres avec respect, de fournir de l'information exacte, de signaler les risques pour la sécurité et de se conformer aux règles et aux règlements.

L'information est fournie à l'accueil ou à l'admission. Elle est adaptée aux divers besoins comme la langue, la culture, le niveau de scolarité, le style de vie et les déficiences physiques ou mentales. Si l'information ne peut être fournie à l'utilisateur et à la famille à l'accueil, celle-ci est offerte par la suite dans les meilleurs délais.



- 3.1.27 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.



- 3.1.28 Un processus est en place pour assurer que les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que leur famille soient l'abri de répercussions négatives quand des décisions sont rendues relativement aux services, que des plaintes sont formulées ou qu'une rétroaction est fournie.

Conseils :

Les membres de l'équipe sont formés afin de prendre les mesures appropriées avec professionnalisme et respect quand des décisions relatives aux services sont portées en appel, annulées ou limitées, ou quand des transferts sont effectués vers d'autres services.

Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que leur famille peuvent choisir de réagir en privé et en toute confidentialité.



- 3.1.29 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Un milieu où les usagers, les familles et les membres de l'équipe sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes est favorisé. L'organisme fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les familles peuvent obtenir des conseils ou une consultation. En cas d'utilisation de dossiers de santé électroniques, il existe un processus pour recevoir les plaintes et les questions des usagers au sujet de la confidentialité des dossiers électroniques, et pour y donner suite.

Les allégations présentées par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi réglées.



- 3.1.30 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.

Conseils :

Il existe un processus structuré d'examen des questions d'éthique pour déterminer les cas où l'on peut faire participer un usager à une activité de recherche. Les activités de recherche peuvent comprendre des essais cliniques, l'évaluation de nouveaux protocoles ou de changements apportés à des protocoles existants. Les usagers et les familles participent à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche participatifs, le cas échéant (p. ex. à la collecte de données qualitatives pour des initiatives d'amélioration de la qualité).



- 3.1.31 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.

Conseils :

Les questions d'éthique sont soulevées quand des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être très graves, il peut s'agir de question de vie ou de mort ou de questions liées aux activités quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre à risque, le triage des membres de la communauté durant une situation d'urgence, les demandes de retrait de certains services spécifiques ou la fin des services, dont les services de soutien et de maintien artificiel de la vie, et les soins en fin de vie, en sont des exemples.

Le cadre d'éthique de l'organisme est utilisé pour gérer et régler les questions d'éthique. Elles peuvent être prises en charge par un comité d'éthique ou une équipe de consultation qui peut comprendre des professionnels de la santé, des membres du clergé ou des éthiciens. En plus d'offrir des consultations cliniques, le comité d'éthique peut prendre part à l'examen des politiques et à la sensibilisation à l'éthique.

Les questions d'éthique liées à des usagers précis sont consignées au dossier des usagers concernés.



- 3.1.32 Les préférences de l'utilisateur et les options relatives aux services sont discutées dans le cadre de l'évaluation, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, de même que les différentes options possibles pour ses soins et services sont discutés avec l'utilisateur et la famille. L'équipe et l'utilisateur s'engagent dans une prise de décisions conjointe qui tient compte des préférences de l'utilisateur, des résultats attendus et des risques et bienfaits liés aux options.

Par exemple, diverses stratégies de gestion de la douleur peuvent faire l'objet de discussions, comme les analgésiques, ce qui comprend les opioïdes et les adjuvants, de même que les interventions d'ordre physique, comportemental et psychosocial, et l'utilisateur peut choisir l'option qu'il préfère.

Les possibilités d'auto-soins, la vie privée, les visiteurs, les traitements, les tests et les soins personnels comme ceux liés au sommeil, au bain et à l'alimentation comptent parmi les autres préférences discutées.



- 3.1.33 Les résultats de l'évaluation sont communiqués à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe en temps opportun et de manière facile à comprendre.

Conseils :

La communication des résultats des évaluations, lorsque nécessaire, améliore la clarté et évite la répétition. Pour que l'information soit facile à comprendre, les renseignements sont adaptés au niveau d'alphabétisme de l'utilisateur, à sa langue et à sa culture.



- 3.1.34 Un plan d'intervention interdisciplinaire individualisé et complet est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.

Conseils :

Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé repose sur les résultats de l'évaluation de même que sur les objectifs et les résultats attendus des services. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des autres membres de l'équipe, d'autres organismes, ainsi que des usagers et des familles. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents de l'utilisateur, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments, y compris les problèmes ou les réactions indésirables liés aux médicaments.

Le plan comprend le lieu de prestation et la fréquence des services, les délais avant le début des services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des services, la façon dont sera évaluée l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.



- 3.1.35 Le plan de services individuel détermine les activités nécessaires pour faciliter l'intégration scolaire des enfants et des jeunes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement.

Conseils :

Les activités nécessaires pour faciliter l'intégration comprennent l'apprentissage et la mise en pratique d'habiletés qui préparent les enfants et les jeunes à l'école (p. ex. la communication, les activités sociales et l'autonomie).



- 3.1.36 Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.

Conseils :

Le dossier de l'utilisateur, qui réunit toute l'information à un seul endroit, est accessible à l'équipe qui dispense les soins, y compris aux usagers.



- 3.1.37 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.



- 3.1.38 L'état de santé de l'utilisateur est réévalué en partenariat avec l'utilisateur, et des mises à jour sont consignées dans son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état de santé.

Conseils :

Le fait de ne pas signaler un changement dans l'état de l'utilisateur ou de tarder à le faire, en particulier lorsqu'il y a une détérioration de son état, constitue un obstacle important à la prestation de soins et de services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans l'état de santé de l'utilisateur est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.



- 3.1.39 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur comprend des stratégies pour soulager ou gérer la douleur et les autres symptômes.

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. L'équipe consulte des experts et utilise des recherches et des données probantes afin de connaître les meilleures méthodes de soulagement de la douleur et d'autres symptômes.



- 3.1.40 Les progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'utilisateur, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire individualisé au besoin.

Conseils :

La consignation des progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle inclut l'utilisateur et sa famille. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés, la discussion avec les usagers et les familles et l'observation.



- 3.1.41 Les usagers et les familles ont accès à des services psychosociaux et de soutien.

Conseils :

Le soutien émotionnel et le counseling peuvent aider les usagers et les familles à composer avec les besoins et les problèmes en matière de santé. Le soutien peut viser à aider les usagers à composer avec un diagnostic, avec la prise de décisions ou avec les effets secondaires; il peut également être axé sur des questions d'éthique précises comme les directives préalables.



- 3.1.42 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.

Conseils :

La recherche démontre que chez plus de 50 % des usagers, il y a au moins une divergence entre la liste de médicaments de la maison et les médicaments prescrits à l'admission à l'hôpital. Un bon nombre de ces divergences sont susceptibles de conduire à des événements indésirables liés aux médicaments.

Le bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) qui comprend la liste de tous les médicaments (notamment les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments) que l'utilisateur prend. Le MSTP précise également le mode d'administration, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la concentration, s'il y a lieu. Pour produire le MSTP, il faut poser des questions à l'utilisateur, à la famille ou au soignant et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical antérieur de l'utilisateur ou un pharmacien communautaire. Une fois produit, le MSTP est un outil de référence important pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.

Le bilan comparatif des médicaments à l'admission peut être établi selon deux modèles. Selon le modèle proactif, le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission. Selon le modèle rétroactif, le MSTP est produit après la rédaction des ordonnances de médicaments à l'admission et après une comparaison, faite en temps opportun, entre le MSTP et les ordonnances de médicaments faites à l'admission. Peu importe le modèle utilisé, il est important de déceler, de résoudre et de consigner les divergences.

Aux points de transition, en plus des médicaments que l'utilisateur prend, il est important de tenir compte des médicaments qu'il prenait avant son admission (tel qu'il est indiqué dans le MSTP) et qu'il serait approprié qu'il continue de prendre, qu'il recommence à prendre, qu'il arrête de prendre ou qui devront être modifiés. Par exemple, le bilan comparatif des médicaments devrait se faire au moment du congé ou lorsqu'il y a un changement de médicaments ou que les médicaments sont prescrits de nouveau dans le cadre d'un transfert entraînant un changement du milieu où les services sont dispensés (p. ex. de l'unité des soins critiques à une unité de médecine, ou d'un établissement à un autre dans un même organisme). Il n'est pas nécessaire de dresser le bilan comparatif des médicaments en cas de changement de lit.

Les usagers devraient être considérés comme des partenaires actifs dans la gestion de leurs médicaments et ils devraient recevoir les renseignements sur les médicaments qu'ils devraient prendre dans un format et un langage qu'ils peuvent comprendre. Les usagers devraient être encouragés à conserver une liste de médicaments à jour et à en faire part à leurs prestataires de soins.

Tests de conformité :

- 3.1.42.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.
- 3.1.42.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.
- 3.1.42.3 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.
- 3.1.42.4 L'utilisateur, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.



3.1.43 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.

Conseils :

Le suicide est une préoccupation en matière de santé à l'échelle mondiale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), plus de 800 000 personnes se suicident chaque année. Beaucoup de ces décès pourraient être prévenus par une détection précoce des signes de pensées suicidaires et une intervention appropriée.

Tests de conformité :

- 3.1.43.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.
- 3.1.43.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.
- 3.1.43.3 Les besoins de sécurité immédiats de l'utilisateur chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.
- 3.1.43.4 Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.
- 3.1.43.5 La mise en œuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.



3.1.44 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en œuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.

Conseils :

Les usagers admis à l'hôpital présentent un risque accru de faire une chute et de se blesser, puisqu'ils se retrouvent dans un milieu qui ne leur est pas familier en plus de devoir s'adapter à un changement au niveau de leur fonctionnement physique ou cognitif (Stephenson et coll., 2016). La réduction des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les usagers et réduire la durée de l'hospitalisation et les coûts.

Pour être efficaces, la prévention des chutes et la réduction des blessures exigent une approche interdisciplinaire et le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de

mettre en œuvre une approche coordonnée de prévention des chutes et de réduction des blessures dans l'organisme, tout en reconnaissant les besoins uniques dans les différents services. Il est aussi utile de désigner des personnes pour faciliter la mise en place de cette approche.

Les organismes devraient déterminer et adopter des précautions pour tous les usagers, peu importe les risques de chutes. L'acronyme SAFE (sécurité des lieux, assistance à la mobilité, facteurs de risque réduits et enseignement au client et à sa famille) décrit les quatre stratégies clés des précautions universelles de prévention des chutes. La directive de l'Institute for Clinical Systems Improvement (2012) recommande pour sa part les interventions universelles suivantes : familiariser l'utilisateur avec le milieu; placer les boutons d'appel à un endroit atteignable en tout temps et observer la façon dont les usagers les utilisent; garder les biens personnels à portée des usagers; installer des rampes solides dans les salles de bain, les chambres et les couloirs; garder les lits à faible hauteur et bloquer les freins; fournir des chaussures antidérapantes bien ajustées aux usagers; utiliser des veilleuses ou un éclairage d'appoint; garder le sol propre et sec; nettoyer rapidement tous les liquides renversés; garder en ordre les aires où les soins sont dispensés. Il est important d'établir des précautions qui correspondent au milieu clinique et aux besoins des usagers de ce milieu.

De la formation sur l'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures, sur les précautions universelles et sur les stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures est régulièrement offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles. De l'information facile à comprendre est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour leur donner les moyens d'assumer un rôle actif dans la prévention des chutes et la réduction des blessures.

Il est important d'évaluer régulièrement si les activités de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes ont ou non les répercussions escomptées et si elles répondent aux besoins des usagers, familles et membres de l'équipe. Divers moyens permettent d'évaluer l'efficacité, qu'il s'agisse de discussions spontanées, d'entrevues, de sondages ou de vérifications. Des initiatives d'évaluation de l'amélioration de la qualité et des réunions de bilan après les chutes peuvent aussi contribuer à cerner les lacunes en matière de sécurité, à éviter que les chutes se produisent à nouveau ou à réduire les blessures causées par les chutes.

Tests de conformité :

- 3.1.44.1 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les blessures causées par les chutes.
- 3.1.44.2 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.
- 3.1.44.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.

3.1.45 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en œuvre.

NOTA : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.

Conseils :

Les plaies de pression ont d'importantes répercussions sur la qualité de vie des usagers, puisqu'elles causent de la douleur, ralentissent la guérison et augmentent le risque



d'infection. Un lien a aussi été établi entre les plaies de pression et une augmentation de la durée des séjours, des coûts et de la mortalité. Les stratégies efficaces de prévention des plaies de pression peuvent réduire l'incidence des plaies de pression et sont une indication d'une qualité supérieure de soins et de services.

Les stratégies de prévention des plaies de pression exigent une approche interdisciplinaire, de même que le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre au point un plan pour appuyer une formation complète sur la prévention des plaies de pression et de nommer des personnes pour faciliter la mise en œuvre d'une approche normalisée pour l'évaluation des risques, l'application des lignes directrices relatives aux meilleures pratiques et la coordination des équipes de soins de santé.

Une prévention des plaies de pression efficace commence par le recours à une échelle d'évaluation des risques validée, telle que :

- l'échelle de Braden (Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk);
- l'échelle de Norton (Norton Pressure Sore Risk Assessment Scale);
- l'échelle interRAI Pressure Ulcer Risk (soins de longue durée);
- l'échelle de Waterlow (Waterlow Score);
- l'échelle de Gosnell (Gosnell Scale);
- l'échelle de Knoll (Knoll Scale);
- l'échelle de SCIPUS (Spinal Cord Injury Pressure Ulcer Scale).

Un certain nombre de lignes directrices en matière de meilleures pratiques pouvant contribuer à l'élaboration de stratégies de prévention et de traitement des plaies de pression sont aussi disponibles, dont des évaluations des risques, des réévaluations, des interventions, de la formation et de l'évaluation.

Tests de conformité :

- 3.1.45.1** Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'utilisateur au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.
- 3.1.45.2** Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'utilisateur.
- 3.1.45.3** Des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, sont mis en œuvre pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.
- 3.1.45.4** Les membres de l'équipe, les usagers et les familles et les aidants reçoivent de la formation sur les facteurs de risque ainsi que sur les protocoles et procédures pour prévenir les plaies de pression.
- 3.1.45.5** L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.

- 3.1.46** Le souhait de l'utilisateur de mettre fin aux services ou de les limiter, d'être transféré à un autre service ou de retourner à la maison est respecté.

Conseils :

La prise de décisions conjointe au sujet de la transition de l'utilisateur a lieu en consultation avec la famille ou la personne chargée de prendre les décisions au nom de l'utilisateur, au



besoin, et tient compte de la capacité de l'utilisateur de prendre des décisions. Les risques de la transition sont discutés avec l'utilisateur et la famille, de même que les services extra-hospitaliers auxquels ils auront accès après la transition.

Un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour travailler avec les usagers qui ont choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Si l'utilisateur souhaite continuer d'obtenir des services qui vont à l'encontre de la recommandation de l'équipe ou qui vont au-delà de la capacité de l'organisme, un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour assurer un résultat juste et équitable pour l'utilisateur et l'organisme.



- 3.1.47 Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition de l'utilisateur, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.

Conseils :

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible dans le cadre du processus de soins. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour l'utilisateur sont déterminés. Certains facteurs ont une influence sur la capacité de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisme.



- 3.1.48 Les usagers sont responsabilisés de manière à gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.

Conseils :

L'enseignement qui favorise la responsabilisation et aide les usagers à gérer eux-mêmes une maladie chronique peut comprendre la planification de mesures, l'imitation de comportement, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation, les techniques de gestion des symptômes, des facteurs de risque, de la fatigue et du sommeil, l'utilisation des médicaments, la gestion des émotions, les changements sur le plan cognitif et de la mémoire, la formation en communication avec des professionnels de la santé et d'autres personnes, ainsi que la résolution de problèmes et la prise de décisions liées à des questions de santé.

Des outils et des ressources sont offerts aux usagers pour les aider à gérer eux-mêmes leur état de santé. Ils sont adaptés aux besoins de chaque usager. Par exemple, les outils peuvent être modifiés en fonction de leur degré de compréhension, de leur niveau d'alphabétisation, de leur invalidité, ainsi que de leur langue et de leur culture.



- 3.1.49 Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.

Conseils :

S'il a été décidé qu'un suivi est nécessaire, le type et la méthode de suivi qui conviennent sont déterminés. Cela comprend les responsabilités de l'équipe, par exemple, le suivi des tests, l'acheminement de l'utilisateur vers un organisme partenaire, l'établissement d'un calendrier pour les communications de suivi avec l'utilisateur ou pour lui rappeler un rendez-vous. Cela comprend aussi les responsabilités de l'utilisateur, comme assurer un suivi avec les autres prestataires de soins (p. ex. soins primaires ou centre de santé communautaire), signaler une aggravation ou un changement des symptômes et prendre les médicaments selon les ordonnances.



3.1.50 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, que ce soit vers la maison, une autre équipe, un autre niveau de soins ou qu'il s'agisse de la fin des services, améliore la coordination entre les équipes et les organismes partenaires et aide à préparer l'utilisateur pour la fin des services. La participation de l'utilisateur à la planification de la fin des services assure que l'utilisateur et la famille sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition de l'utilisateur, de même que ses besoins et préférences après les soins font partie du plan d'intervention interdisciplinaire individualisé. La discussion peut comprendre le suivi après les soins, la capacité relative à l'auto-administration des soins, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



3.1.51 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

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 posthospitaliers, la relecture et la reformulation) favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente et des outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisme. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisme. 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 familles de répéter l'information. Les usagers et les familles 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.

Tests de conformité :

- 3.1.51.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 3.1.51.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 3.1.51.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.

3.1.51.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.

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

- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
- demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de 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 (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

3.1.52 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

À intervalles réguliers, un échantillon d'usagers, de familles ou d'organismes vers lesquels ils ont été acheminés est contacté pour déterminer l'efficacité de la transition ou de la fin des services, connaître l'opinion et les préoccupations des usagers après la transition et vérifier si les plans de suivi sont respectés. L'évaluation des transitions représente une occasion de vérifier que les besoins de l'utilisateur et de la famille ont été satisfaits et que leurs préoccupations ou leurs questions ont été abordées.

La rétroaction des usagers et l'ensemble des résultats de l'évaluation sont partagés avec le personnel d'encadrement et le conseil d'administration de l'organisme, et l'information est utilisée pour améliorer les transitions.

3.1.53 Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.

Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.

Conseils :

Thrombo-embolie veineuse (TEV) est le terme composé désignant la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP).

La TEV est une complication grave et courante chez les usagers hospitalisés ou subissant une chirurgie. L'incidence des TEV peut être réduite ou évitée en ciblant les usagers qui risquent d'avoir une TEV et en effectuant les interventions appropriées, éclairées par des données probantes.

L'impact considérable de la thrombo-embolie veineuse aux plans humain et financier est bien documenté. La TEV est associée à une augmentation des décès chez les usagers; elle constitue la cause évitable de mortalité à l'hôpital la plus courante. Le recours à une thromboprophylaxie appropriée qui est éclairée par des données probantes réduit les coûts et la durée moyenne de séjour.

De nombreux guides de pratique clinique fondés sur des données probantes recommandent la thromboprophylaxie pour des groupes importants d'usagers ou pour des sous-groupes s'avèrent très utiles et correspondent généralement à la norme de pratique acceptée.

Tests de conformité :

- 3.1.53.1 Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.
- 3.1.53.2 Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.
- 3.1.53.3 Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en œuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.
- 3.1.53.4 Les usagers en chirurgie orthopédique lourde (c.-à-d. arthroplastie de la hanche et du genou ou chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche) qui nécessitent une prophylaxie après le congé sont ciblés, et un mécanisme est en place pour leur offrir la prophylaxie appropriée après le congé.
- 3.1.53.5 De l'information est fournie aux usagers et aux membres de l'équipe sur les risques et la façon de prévenir la TEV.



- 3.1.54 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.

Conseils :

La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions prévues, les consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.

L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).

L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires (services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.

Tests de conformité :

- 3.1.54.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- 3.1.54.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 3.1.54.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 3.1.54.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 3.1.54.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 3.1.54.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 3.1.54.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 3.1.54.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

3.2 Prévention et contrôle des infections - Services de déficience physique (usagers admis)

- 3.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

Conseils :

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux



professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

Tests de conformité :

3.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :

- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
- mesurer l'utilisation d'un produit;
- inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
- évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

3.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

3.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

3.2.2 La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

Conseils :

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes d'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit :

- avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;



- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

Tests de conformité :

3.2.2.1 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



3.2.3 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Conseils :

Les usagers, les familles 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 (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style 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.



3.2.4 Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.

Conseils :

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.



3.2.5 Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.

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'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), 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'usager par le prestataire de 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 (EPI) 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.



3.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.

Conseils :

Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.

- | | |
|--|--|
|   | <p>3.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.</p> <p>Conseils :</p> <p>Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).</p> |
|   | <p>3.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.</p> <p>Conseils :</p> <p>Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.</p> |
|  | <p>3.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.</p> <p>Conseils :</p> <p>Par exemple, l'organisme 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.</p> |
|   | <p>3.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.</p> <p>Conseils :</p> <p>Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.</p> |
|   | <p>3.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.</p> <p>Conseils :</p> <p>Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.</p> |

3.3 Gestion des médicaments - Services de déficience physique (usagers admis)



- 3.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.



- 3.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).



- 3.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.



- 3.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.

Conseils :

Par exemple, l'utilisateur peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.



- 3.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.



- 3.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.



- 3.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.

Conseils :

Les critères de sélection englobent la capacité de l'utilisateur à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.



- 3.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.

Conseils :

Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'utilisateur dans un tiroir verrouillé.



- 3.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.



- 3.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.

Conseils :

Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.



- 3.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'utilisateur avant son administration.



- 3.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.

Conseils :

La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'utilisateur ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.



- 3.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'utilisateur l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.

Conseils :

Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'utilisateur a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.



- 3.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.

Conseils :

Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'utilisateur. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.



- 3.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque usager sont surveillés et consignés.

Conseils :

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'usager, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. 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.



- 3.3.16 Chaque usager est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



- 3.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des usagers afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

Conseils :

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



- 3.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux usagers et aux familles les incidents liés à la sécurité des usagers sont respectées.

3.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de déficiences physique (usagers admis)



- 3.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

Conseils :

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.



- 3.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

Conseils :

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.



Déficiences physiques, déficiences intellectuelles et trouble du spectre de l'autisme

- 3.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

Chapitre 4 : Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)

L'utilisateur inscrit, ainsi que sa famille et ses proches, reçoit des services de soutien et d'accompagnement à la réalisation des habitudes de vie et des services de développement ou de reprise des habitudes de vie. Ils visent à favoriser la réalisation du potentiel optimal de participation sociale de la personne en fonction de ses aspirations et objectifs en agissant à la fois sur le développement de ses capacités et sur la réduction des incapacités et des obstacles environnementaux. Ces services spécifiques ou spécialisés sont le plus souvent offerts à proximité, au sein des différents milieux de vie de l'utilisateur (domicile, ressources intermédiaires et familiales, école, travail, etc.) ou en établissement.

4.1 Épisode de soins - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)

4.1.1 L'accès au soutien et aux services déterminés est coordonné avec les organisations partenaires.

Conseils :

Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement peuvent devoir passer d'un secteur à un autre, et la coordination est nécessaire entre les organisations. Une fois les besoins en matière de services et de soutien déterminés, les organisations doivent collaborer afin d'établir que le soutien et les services appropriés sont bel et bien en place pour garantir que les services les plus appropriés sont offerts dans le milieu le plus approprié.

4.1.2 Les objectifs et les résultats attendus des services sont déterminés en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences de l'utilisateur, tels que définis dans son évaluation sont utilisés pour élaborer les objectifs des services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières de l'utilisateur, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres organismes qui offrent des services à l'utilisateur.

4.1.3 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Le processus d'évaluation est aussi simplifié que possible, de façon à ce que les usagers n'aient pas à répéter l'information aux nombreux prestataires ou membres de l'équipe. S'il y a lieu, une évaluation interdisciplinaire ou collaborative peut être effectuée avec l'utilisateur, la famille et les membres appropriés de l'équipe.

4.1.4 Les communications et les directives verbales et écrites sont adaptées et faciles à comprendre pour la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement et sa famille.

Conseils :

Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement possèdent différentes aptitudes en matière de communication. Différentes techniques devraient être disponibles et adaptées aux besoins de l'utilisateur et de sa famille. Les membres de l'équipe devraient utiliser un langage et un rythme appropriés et une

communication améliorée et alternative, notamment à l'aide de repères visuels et/ou de signes comportementaux, de photos, de graphiques et de diagrammes. Dans la mesure du possible, les communications écrites devraient être rédigées en langage simple, comporter des phrases courtes formées de mots que la personne comprend, être présentées sous forme de points saillants et être accompagnées de graphiques et de photos, le cas échéant.



- 4.1.5 Les services qui facilitent l'intégration de la personne ayant une déficiência intellectuelle et des déficits sur le plan du développement sont déterminés en collaboration avec la personne et sa famille, et sont coordonnés avec les organismes partenaires.

Conseils :

Les services qui facilitent l'intégration et la participation sociale comprennent l'aide apportée aux personnes ayant une déficiência intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi qu'à leur famille dans la création et le maintien de liens avec la communauté, dans l'établissement et le maintien de réseaux sociaux et dans l'accès aux services de soutien offerts dans la communauté.



- 4.1.6 Les activités liées aux systèmes de défense des droits sont menées en collaboration avec la personne ayant une déficiência intellectuelle et des déficits sur le plan du développement, sa famille et les organismes partenaires.



- 4.1.7 Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.

Conseils :

Les services de santé offerts au domicile d'un usager présentent des défis pour les usagers, 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 ou les soignants naturels dans la prestation de services de santé.

Bien que les organismes de soins et services à domicile puissent avoir peu de contrôle direct sur les risques présents dans le domicile de l'usager, une évaluation des risques à domicile peut améliorer la sécurité des usagers, des familles et des membres de l'équipe qui participent à la prestation de services. Les résultats de l'évaluation peuvent servir à définir les priorités parmi les secteurs de services, à établir des stratégies sécuritaires à intégrer aux plans de services et à communiquer avec les usagers, les familles et les organismes avec lesquels des partenariats existent.

Tests de conformité :

- 4.1.7.1** Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début des services.
- 4.1.7.2** L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque de l'usager et des mesures d'urgence.
- 4.1.7.3** L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée pour planifier et offrir les services aux usagers et elle est communiquée aux partenaires qui participent à la planification des soins.
- 4.1.7.4** L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les services de santé de l'usager.

4.1.7.5 Les usagers et les familles reçoivent de l'information au sujet des problèmes de sécurité à domicile cernés dans l'évaluation.

4.1.8 Tous les nouveaux membres de l'équipe, y compris les stagiaires et les bénévoles, font l'objet d'une vérification des antécédents criminels.

4.1.9 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.

Conseils :

Les demandes de services peuvent provenir des usagers, des familles, d'autres équipes ou d'organismes qui acheminent des usagers. 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 des usagers et des familles, des organismes qui acheminent des usagers ainsi que des autres équipes.

4.1.10 Des critères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les services avec les usagers.

Conseils :

Les besoins des usagers potentiels sont évalués par rapport à la capacité de l'équipe de répondre à ces besoins.

4.1.11 Les listes d'attente sont coordonnées périodiquement avec celles d'autres organismes offrant des services similaires et celles des actionnaires, afin que les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement aient accès aux services au moment opportun.

4.1.12 Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement, leur famille et les autres prestataires de services sont tenus informés périodiquement du moment où de nouveaux services seront disponibles.

4.1.13 Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un usager potentiel, l'accès à un autre service est facilité.

Conseils :

Dans le cas où l'organisme ne peut répondre aux besoins d'un usager, les raisons sont expliquées et l'accès à d'autres services est facilité. L'information est consignée en vue d'être utilisée dans la planification des services.



- 4.1.14 Les données personnelles de l'utilisateur sont recueillies au moment de l'admission.
- 4.1.15 Les données sur l'état de santé et les antécédents médicaux et psychosociaux de l'utilisateur sont recueillies pendant le processus d'admission afin de déterminer les services requis pour ce dernier.
- 4.1.16 L'information concernant la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement est transmise à d'autres équipes, services et organismes conformément aux lois sur la protection de la vie privée.

Conseils :

L'information est transmise à d'autres équipes, services et organismes, au besoin et selon ce qui est déterminé par la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement, ainsi que par sa famille, de façon à faciliter les transferts et à éviter la répétition des demandes relatives à cette information.



- 4.1.17 La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse.

Conseils :

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les usagers en se présentant et en expliquant leur rôle, en demandant la permission avant d'effectuer une tâche, en expliquant ce qu'ils font, en parlant d'un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations ou en rassurant les usagers, en leur permettant de poser des questions ou d'émettre des commentaires, en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses, leur style de vie ou leur identité de genre, et en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.



- 4.1.18 Les usagers et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs services.

Conseils :

Le milieu encourage les usagers et les familles à prendre une part active dans leurs services, à poser des questions et à émettre des commentaires à toutes les étapes du processus.



- 4.1.19 Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que leur famille sont mises au fait, dans un langage facile à comprendre, de la politique et du processus concernant l'appel des décisions relatives aux services.



- 4.1.20 L'équipe s'assure que l'utilisateur et la famille comprennent bien l'information concernant les services.

Conseils :

Au moment de fournir de l'information aux usagers et aux familles, le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, l'invalidité ainsi que la langue et la culture sont pris en compte.

Les processus utilisés pour vérifier que les usagers ont bien compris l'information sont, entre autres, les suivants : encourager les usagers à poser des questions et accorder du temps à cet effet; demander à l'utilisateur de répéter l'information fournie; s'assurer que la communication s'effectue dans la même langue que celle de l'utilisateur, tout en respectant sa culture, dans la mesure du possible; utiliser des supports visuels ou vidéos, dans la mesure du possible; et, établir un échange continu pendant lequel l'équipe confirme fréquemment que l'utilisateur a bien compris l'information fournie.

Le site Web Always Use Teach-back! (www.teachbacktraining.org/) fournit des outils utiles pour apprendre comment confirmer qu'un usager a compris l'information transmise.



- 4.1.21 Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et à leurs familles.

Conseils :

Le matériel écrit est offert dans les langues parlées couramment au sein de la communauté, s'il y a lieu. Des services d'interprétation sont disponibles si les usagers ou les familles en ont besoin, dans la mesure du possible.



- 4.1.22 Le matériel écrit est offert dans les langues parlées couramment au sein de la communauté, s'il y a lieu. Des services d'interprétation sont disponibles si les usagers ou les familles en ont besoin, dans la mesure du possible.

Conseils :

L'évaluation de la capacité de l'utilisateur à fournir son consentement est un processus continu. Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre l'information pertinente à la prise de décisions, de prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et de comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier.

Les lois fédérales, provinciales et territoriales sont respectées en ce qui concerne le travail auprès des enfants et des jeunes. Dans les cas où les usagers sont des personnes âgées, des mineurs ou des personnes jugées incapables de donner un consentement, ceux-ci participent le plus possible aux décisions concernant leurs services et l'équipe accorde de l'importance à leurs questions et à leurs commentaires.



- 4.1.23 La capacité de chaque usager de participer à ses services est déterminée en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.

Conseils :

La capacité de participer à ses propres services diffère pour chaque usager. À chaque étape du processus de soins, le membre approprié de l'équipe travaille avec l'utilisateur, la famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur pour déterminer la quantité et le type d'information dont l'utilisateur ou la famille a besoin pour participer de façon significative. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.



- 4.1.24 Les souhaits de l'utilisateur quant à la participation de la famille sont respectés.

Conseils :

L'équipe trouve des façons d'inclure des membres du réseau de soutien de l'utilisateur.

Si une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur ou un membre de sa famille participe à la prise de décisions, les lois en vigueur sont respectées. Il existe un processus pour régler les conflits entre l'utilisateur et la famille concernant le niveau souhaité de participation.



- 4.1.25 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.

Conseils :

Les droits des usagers et des familles comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment l'information sur l'utilisateur sera utilisée, le droit d'avoir accès à leur dossier et à l'information qui les concerne, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles ainsi que le droit de prendre des risques et de ne subir aucun mauvais traitement, aucune exploitation et aucune discrimination.

Les droits des usagers et des familles en matière de prestation de services englobent le droit de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation

d'un service; de prendre part à tous les aspects d'un service et de faire des choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation du service; de remettre en question une décision relative au plan de services ou de déposer une plainte; de participer ou de refuser de participer à une recherche ou à des essais cliniques; de recevoir des services sûrs et offerts par des personnes compétentes; et de faire part de ses inquiétudes quant à la qualité d'un service.

Les responsabilités de l'utilisateur et de la famille comprennent le fait de traiter les autres avec respect, de fournir de l'information exacte, de signaler les risques pour la sécurité et de se conformer aux règles et aux règlements.

L'information est fournie à l'accueil ou au début de la prestation des services. Elle est adaptée aux divers besoins comme la langue, la culture, le niveau de scolarité, le style de vie et les déficiences physiques ou mentales. Si l'information ne peut être fournie à l'utilisateur et à la famille à l'accueil, celle-ci est offerte par la suite dans les meilleurs délais.



- 4.1.26 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.

Conseils :

Le consentement éclairé consiste à examiner l'information sur les services avec l'utilisateur, sa famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur; à l'informer des possibilités qui s'offrent à lui et à lui laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de lui demander son consentement. Il consiste aussi à respecter les droits, la culture et les valeurs de l'utilisateur, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment et à inscrire sa décision dans son dossier. Le processus de consentement est continu.

Il y a consentement tacite quand on offre des services pour lesquels il n'est pas nécessaire d'obtenir un consentement écrit, comme quand les utilisateurs arrivent pour un rendez-vous ou un cours, qu'on vérifie leur tension artérielle ou qu'ils présentent leur bras pour une prise de sang.



- 4.1.27 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.

Conseils :

Une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur est consultée lorsqu'il est incapable de prendre une décision, et les directives préalables sont utilisées, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits de l'utilisateur. Dans ce cas, la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur reçoit de l'information sur ses rôles et ses responsabilités, et on lui donne l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de discuter des possibilités qui s'offrent à l'utilisateur. La personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur peut être désignée selon la loi ou peut être un défenseur des droits des utilisateurs, un membre de la famille, un tuteur ou un aidant.

Si le consentement est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, son nom, son lien avec l'utilisateur, ainsi que la décision prise sont inscrits dans le dossier de l'utilisateur.

Lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes, le consentement éclairé est donné par l'enfant, le jeune, la famille ou le tuteur et inscrit au dossier avant la prestation des services. Le processus de consentement utilisé prévoit de les faire participer le plus possible à la prise de décisions à propos d'un service, d'une intervention ou d'un traitement, et d'accorder de l'importance à leurs opinions et à leurs questions.



4.1.28 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent :

- les antécédents médicaux;
- les allergies;
- le profil pharmaceutique;
- l'état de santé;
- l'état nutritionnel;
- les besoins alimentaires.

Les éléments relatifs à la santé psychosociale comprennent :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et des aidants naturels;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que leur capacité et leur volonté de le faire;
- l'état de santé mentale (y compris les caractéristiques propres à la personnalité et au comportement);
- l'état cognitif;
- le statut socio-économique;
- les croyances et les besoins d'ordre culturel et spirituel.

4.1.29 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

Conseils :

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider l'équipe à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils d'évaluation normalisés comporte des avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont une meilleure efficacité, une collecte de renseignements d'une plus grande exactitude, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

Les outils d'évaluation normalisés utilisés varieront selon les besoins de l'utilisateur et selon le type et la gamme de services fournis. L'échelle de Glasgow pour le niveau de coma, l'échelle de fragilité clinique, l'inventaire de dépression de Beck ou l'interRAI sont des exemples d'outils d'évaluation normalisés. Les outils d'évaluation normalisés utilisés sont éclairés par des données probantes et utiles pour les services fournis.

4.1.30 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.

Conseils :

Le suicide est une préoccupation en matière de santé à l'échelle mondiale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), plus de 800 000 personnes se suicident chaque année. Beaucoup de ces décès pourraient être prévenus par une détection précoce des signes de pensées suicidaires et une intervention appropriée.



Tests de conformité :

- 4.1.30.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.
- 4.1.30.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.
- 4.1.30.3 Les besoins de sécurité immédiats de l'utilisateur chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.
- 4.1.30.4 Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.
- 4.1.30.5 La mise en œuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.



- 4.1.31 La planification axée sur la personne vise à ce que la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement et sa famille prennent les commandes de leur vie et de leurs plans de services.

Conseils :

La personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement et sa famille dirigent l'élaboration d'un plan incluant les buts à atteindre à court et long terme. L'accent est mis sur les forces de la personne et l'utilisateur et sa famille sont encouragés à faire leurs propres choix et sont soutenus dans une démarche d'autonomie fondée sur le respect et la dignité.

La planification axée sur la personne soutient et favorise l'autodétermination, la prise en charge autonome et l'autonomie sociale et elle met au premier plan la création de réseaux communautaires, l'établissement de relations sociales et la détermination des ressources appropriées.



- 4.1.32 Les préférences de l'utilisateur et les options relatives aux services sont discutées dans le cadre de l'évaluation, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, de même que les différentes options possibles pour ses services sont discutés avec l'utilisateur et la famille. L'équipe et l'utilisateur s'engagent dans une prise de décisions conjointe qui tient compte des préférences de l'utilisateur, des résultats attendus et des risques et bienfaits liés aux options.

Les possibilités d'autosoins, la vie privée, les visiteurs, les traitements, les tests et les soins personnels comme ceux liés au sommeil, au bain et à l'alimentation comptent parmi les autres préférences discutées.



- 4.1.33 Les résultats de l'évaluation sont communiqués à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe en temps opportun et de manière facile à comprendre.

Conseils :

La communication des résultats des évaluations, lorsque nécessaire, améliore la clarté et évite la répétition. Pour que l'information soit facile à comprendre, les renseignements sont adaptés au niveau d'alphabétisme de l'utilisateur, à sa langue et à sa culture.



- 4.1.34 Les usagers et les familles sont informés du membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leurs services et de la façon de joindre cette personne.

Conseils :

Le membre désigné peut être le membre de l'équipe collaborative qui est le plus régulièrement en contact avec l'utilisateur ou la principale personne-ressource responsable des services.



- 4.1.35 Les services requis en matière de santé physique pour répondre aux besoins de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement sont déterminés en collaboration avec la personne et sa famille et sont coordonnés avec les organismes partenaires.

Conseils :

Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement présentent souvent des problèmes de santé complexes. Les services traitant de la santé physique peuvent être fournis par des services de soins primaires et des prestataires de soins de santé spécialisés dans les soins aux personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement. Ces services incluent les soins de santé préventifs et la promotion de la santé.

Les soins de santé préventifs et la promotion de la santé incluent les visites annuelles et régulières chez un prestataire de soins primaires, les épreuves de dépistage, les soins dentaires et l'apprentissage des questions relatives à un mode de vie sain, notamment la nutrition, la santé sexuelle et les risques inhérents au tabagisme et à la consommation d'alcool et de drogues.



- 4.1.36 Les services requis en matière de santé mentale pour répondre aux besoins de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement sont déterminés en collaboration avec la personne et sa famille et sont coordonnés avec les organismes partenaires.

Conseils :

Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement sont plus à risque de développer des problèmes de santé mentale. Les services qui répondent aux besoins en matière de santé mentale peuvent être fournis par des professionnels de la santé, incluant, sans s'y limiter, les infirmières, les travailleurs sociaux, les psychologues, les psychiatres et les prestataires de soins primaires. Ces services portent sur le fonctionnement social, émotionnel, comportemental et cognitif des personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement.



- 4.1.37 Le bien-être émotionnel et la santé mentale de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que de sa famille sont encouragés.

Conseils :

Des mesures proactives favorisant le bien-être émotionnel peuvent renforcer la résilience en présence d'agents stressants ou d'événements malheureux susceptibles d'entraîner des problèmes de santé mentale.

L'approche adoptée en matière de promotion de la santé mentale comporte de multiples facettes. Elle s'intéresse de façon globale à tous les enjeux qui touchent la personne, qu'ils soient biologiques, psychologiques ou sociaux.

Les activités favorisant la santé mentale incluent la sensibilisation de la personne et de sa famille au bien-être émotionnel et à la résilience; le renforcement de leur capacité à détecter les signes et les symptômes de trouble mental et à rechercher soutien et aide professionnelle; la promotion des examens de santé périodiques, de la saine alimentation

et de l'activité physique; l'encouragement à établir et à maintenir des amitiés et des liens sociaux; la mise à contribution de l'entourage social et personnel (p. ex. la famille, la collectivité, l'école) pour soutenir l'utilisateur dans son intégration à sa communauté locale; la mise en place d'un système de soutien et d'un environnement global motivant; la prestation de services appropriés à la culture.



- 4.1.38 La personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement est soutenue dans la recherche d'une éducation personnalisée et appropriée à son âge en matière de santé sexuelle.

Conseils :

L'éducation à la santé sexuelle comprend la croissance et le développement personnels, la notion de consentement accordé et reçu, les relations saines, l'amour-propre et le respect de l'autre, la santé génésique, les infections transmises sexuellement, les options en matière de contraception, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, le respect de l'intimité et de la vie privée. Les conversations sont menées sous un jour positif, avec le souci de respecter le droit de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement à une vie sexuelle saine. L'accent est mis sur le choix personnel et l'autonomie.



- 4.1.39 Des renseignements précis et complets sont communiqués à l'utilisateur et à la famille en temps opportun tout en respectant le souhait de l'utilisateur de prendre part à la prise de décision.

Conseils :

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle à un choix éclairé et à une prise de décisions conjointe entre les usagers, les familles et l'équipe. Les renseignements sont transmis selon les besoins et intérêts de la personne et en fonction de son niveau de compréhension.

Les usagers et les familles sont mis au courant des risques et bienfaits des soins, des rôles et responsabilités de l'utilisateur dans la prestation des services, ainsi que des avantages, des limites et des résultats possibles des interventions ou services proposés, de la façon de se préparer aux services, de la disponibilité de services de counseling et de groupes de soutien ainsi que de la façon de joindre les membres de l'équipe en cas d'urgence ou de situation de crise.

Divers niveaux et types de renseignements sont offerts à différentes étapes de la prestation des services pour répondre aux besoins et aux souhaits de l'utilisateur quand cela est possible. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission (p. ex. les sujets graves exigent une approche plus structurée).



- 4.1.40 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.



- 4.1.41 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Un milieu où les usagers, les familles et les membres de l'équipe sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes est favorisé. L'organisme fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les familles peuvent obtenir des conseils ou une consultation. En cas d'utilisation de dossiers de santé électroniques, il existe un processus pour recevoir les plaintes et les questions des usagers au sujet de la confidentialité des dossiers électroniques, et pour y donner suite.

Les allégations présentées par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi réglées.



4.1.42 Une politique et un processus sont en place pour permettre aux personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi qu'à leurs familles de porter en appel les décisions relatives aux services.



4.1.43 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.

Conseils :

Les questions d'éthique sont soulevées quand des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être très graves, il peut s'agir de question de vie ou de mort ou de questions liées aux activités quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre à risque, le triage des membres de la communauté durant une situation d'urgence et les demandes de retrait de certains services spécifiques ou la fin des services.

Le cadre d'éthique de l'organisme est utilisé pour gérer et régler les questions d'éthique. Elles peuvent être prises en charge par un comité d'éthique ou une équipe de consultation qui peut comprendre des professionnels de la santé, des membres du clergé ou des éthiciens. En plus d'offrir des consultations cliniques, le comité d'éthique peut prendre part à l'examen des politiques et à la sensibilisation à l'éthique.

Les questions d'éthique liées à des usagers précis sont consignées au dossier des usagers concernés.



4.1.44 Un processus est en place pour assurer que les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que leur famille soient l'abri de répercussions négatives quand des décisions sont rendues relativement aux services, que des plaintes sont formulées ou qu'une rétroaction est fournie.

Conseils :

Les membres de l'équipe sont formés afin de prendre les mesures appropriées avec professionnalisme et respect quand des décisions relatives aux services sont portées en appel, annulées ou limitées, ou quand des transferts sont effectués vers d'autres services.

Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que leur famille peuvent choisir de réagir en privé et en toute confidentialité.



4.1.45 Des politiques et des procédures existent pour définir les rôles et les responsabilités des membres du personnel qui gèrent les fonds des usagers.

Conseils :

Les politiques et les procédures comprennent des renseignements sur la tenue de documents et les processus et les systèmes utilisés pour justifier les dépenses imputées aux fonds des usagers. Les membres du personnel comprennent leurs rôles et leurs responsabilités liées à la gestion de l'argent des usagers ainsi que les répercussions d'une mauvaise gestion de ces fonds.



4.1.46 Des politiques et des procédures sont en place pour définir, interdire et prévenir l'abus, la négligence, le mauvais traitement et l'exploitation, conformément aux lois applicables.

Conseils :

Les politiques et les procédures comprennent de l'information sur la façon de prévenir, de détecter et de déclarer les allégations et les cas fondés d'abus, de négligence, de mauvais traitement et d'exploitation, ainsi que d'y donner suite immédiatement et de manière appropriée.



- 4.1.47 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux services qu'ils reçoivent.

Conseils :

Il existe un processus structuré d'examen des questions d'éthique pour déterminer les cas où l'on peut faire participer un usager à une activité de recherche. Les usagers et les familles participent à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche participatifs, le cas échéant (p. ex. à la collecte de données qualitatives pour des initiatives d'amélioration de la qualité).



- 4.1.48 Le plan de services individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.



- 4.1.49 Les services pertinents de suivi pour l'utilisateur, le cas échéant, sont coordonnés en collaboration avec l'utilisateur, la famille, d'autres équipes et organismes.

Conseils :

La responsabilité entourant les services se poursuit jusqu'à ce que le service ait pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre organisme.

Les services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extra-hospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile à l'utilisateur contribue à ce que ce dernier reçoive les services les plus appropriés à l'endroit le plus adéquat et réduit au minimum les transferts inutiles et les solutions temporaires.

Pour veiller à ce que les usagers reçoivent des services continus et ininterrompus, le placement et le suivi comprennent un processus pour les cas où la transition ne se passe pas comme prévu.



- 4.1.50 Dans le cadre du plan de services individuel, les ressources visant à aider la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement à apprendre et à mettre en œuvre les habiletés qui l'aideront à atteindre ses buts sont déterminées en collaboration avec la personne et sa famille.

Conseils :

Les ressources comprennent le soutien du personnel, la famille et les amis et les réseaux de soutien social, le transport et les programmes de loisirs ou de formation professionnelle qui correspondent aux besoins et aux intérêts de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement. Ces ressources sont offertes dans sa communauté locale.



- 4.1.51 Le plan de services individuel détermine les activités nécessaires pour faciliter l'intégration scolaire des enfants et des jeunes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement.

Conseils :

Les activités nécessaires pour faciliter l'intégration comprennent l'apprentissage et la mise en pratique d'habiletés qui préparent les enfants et les jeunes à l'école (p. ex. la communication, les activités sociales et l'autonomie).



- 4.1.52 Un plan de services complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille et il est consigné.

Conseils :

Le plan de services repose sur les résultats de l'évaluation de même que sur les objectifs et les résultats attendus des services. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des autres membres de l'équipe, d'autres organismes, ainsi que des usagers et des familles. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents de l'utilisateur, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments, y compris les problèmes ou les réactions indésirables liés aux médicaments.

Le plan comprend le lieu de prestation et la fréquence des services, les délais avant le début des services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des services, la façon dont sera évaluée l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.



- 4.1.53 Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan de services, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.

Conseils :

Le dossier de l'utilisateur, qui réunit toute l'information à un seul endroit, est accessible à l'équipe qui fournit les services, y compris aux usagers.



- 4.1.54 Le bien-être ou l'état de l'utilisateur est réévalué en partenariat avec l'utilisateur et des mises à jour sont consignées dans son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état.

Conseils :

Le fait de ne pas signaler un changement dans le bien-être ou l'état de l'utilisateur ou de tarder à le faire peut constituer un obstacle important à la prestation de services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans le bien-être ou l'état de l'utilisateur est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.



- 4.1.55 Les progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'utilisateur et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan de services au besoin.

Conseils :

La consignation des progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives et elle inclut l'utilisateur et sa famille. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés, la discussion avec les usagers et les familles et l'observation.



- 4.1.56 Les usagers et les familles ont accès à des services psychosociaux et de soutien.



- 4.1.57 Dans le cadre de l'évaluation, les besoins (en matière de soutien) de la famille et l'aidant de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement sont déterminés en collaboration avec la personne, la famille et l'aidant.

Conseils :

Le soutien peut être nécessaire pendant et après le passage de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement dans l'organisme. Les besoins éprouvés par la famille ou l'aidant touchent, par exemple, le soutien émotionnel, la sécurité, le counseling, l'enseignement, le soutien de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement en matière de santé sexuelle, et

les services de répit. L'établissement de relations efficaces au sein de la communauté est basé sur les besoins de la famille ou de l'aidant en matière de soutien.



- 4.1.58 Le souhait de l'utilisateur de mettre fin aux services ou de les limiter, d'être transféré à un autre service ou de retourner à la maison est respecté.

Conseils :

La prise de décisions conjointe au sujet de la transition de l'utilisateur a lieu en consultation avec la famille ou la personne chargée de prendre les décisions au nom de l'utilisateur, au besoin, et tient compte de la capacité de l'utilisateur de prendre des décisions. Les risques de la transition sont discutés avec l'utilisateur et la famille, de même que les services extra-hospitaliers auxquels ils auront accès après la transition.

Un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour travailler avec les utilisateurs qui ont choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Si l'utilisateur souhaite continuer d'obtenir des services qui vont à l'encontre de la recommandation de l'équipe ou qui vont au-delà de la capacité de l'organisme, un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour assurer un résultat juste et équitable pour l'utilisateur et l'organisme.



- 4.1.59 Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition de l'utilisateur, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.

Conseils :

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour l'utilisateur sont déterminés. Certains facteurs ont une influence sur la capacité de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisme.



- 4.1.60 Les utilisateurs sont responsabilisés de manière à gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.

Conseils :

L'enseignement qui favorise la responsabilisation et aide les utilisateurs à gérer eux-mêmes une maladie chronique peut comprendre la planification de mesures, l'imitation de comportement, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation, les techniques de gestion des symptômes, des facteurs de risque, de la fatigue et du sommeil, l'utilisation des médicaments, la gestion des émotions, les changements sur le plan cognitif et de la mémoire, la formation en communication avec des professionnels de la santé et d'autres personnes, ainsi que la résolution de problèmes et la prise de décisions liées à des questions de santé.

Des outils et des ressources sont offerts aux utilisateurs pour les aider à gérer eux-mêmes leur état de santé. Ils sont adaptés aux besoins de chaque utilisateur. Par exemple, les outils peuvent être modifiés en fonction de leur degré de compréhension, de leur niveau d'alphabétisation, de leur invalidité, ainsi que de leur langue et de leur culture.



- 4.1.61 La planification des points de transition, y compris la fin des services, est présente dans le plan de services et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan de services, que ce soit vers la maison ou une autre équipe ou qu'il s'agisse de la fin des services, améliore la coordination entre les équipes et les organismes partenaires et aide à préparer l'utilisateur

pour la fin des services. La participation de l'utilisateur à la planification de la fin des services assure que l'utilisateur et la famille sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition de l'utilisateur, de même que ses besoins et préférences font partie du plan de services. La discussion peut comprendre des suivis planifiés, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



- 4.1.62 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

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 posthospitaliers, la relecture et la reformulation) favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente et des outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisme. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisme. 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 familles de répéter l'information. Les usagers et les familles 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.

Tests de conformité :

- 4.1.62.1** L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 4.1.62.2** Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 4.1.62.3** Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 4.1.62.4** L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 4.1.62.5** L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de 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 (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).



- 4.1.63 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

À intervalles réguliers, un échantillon d'usagers, de familles ou d'organismes vers lesquels ils ont été acheminés, est contacté pour déterminer l'efficacité de la transition ou de la fin des services, connaître l'opinion et les préoccupations des usagers après la transition et vérifier si les plans de suivi sont respectés. L'évaluation des transitions représente une occasion de vérifier que les besoins de l'utilisateur et de la famille ont été satisfaits et que leurs préoccupations ou leurs questions ont été abordées.

La rétroaction des usagers et l'ensemble des résultats de l'évaluation sont partagés avec le personnel d'encadrement et le conseil d'administration de l'organisme et l'information est utilisée pour améliorer les transitions.



- 4.1.64 La personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que sa famille sont des partenaires dans le processus de planification de la transition.

Conseils :

La personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que sa famille ont le soutien et l'encouragement nécessaires pour partager leurs préoccupations lors du processus de planification de la transition. Elles reçoivent également l'information dont elles ont besoin pour prendre des décisions.



- 4.1.65 La personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que sa famille sont informées sur la façon de s'y prendre pour accéder de nouveau aux services, s'il y a lieu.

Conseils :

L'information concernant l'accès à de nouveaux services indique quand et comment communiquer avec l'équipe.



- 4.1.66 Des méthodes positives sont utilisées pour prévenir et gérer les comportements violents, agressifs et à risque élevé de façon sécuritaire.

Conseils :

Les comportements violents, agressifs et à risque élevé de personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement, sont atténués et contrôlés.

Les méthodes positives sont celles qui entraînent le moins de perturbation possible et qui sont les moins restrictives. Lorsque des incidents violents ont lieu, l'équipe, la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que la famille de cette dernière participent à l'enquête et reçoivent de l'aide pour élaborer des stratégies et éviter que les mêmes situations ne se reproduisent.



- 4.1.67 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.

Conseils :

La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-

disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions prévues, les consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.

L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).

L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires (services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.

Tests de conformité :

- 4.1.67.1** Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- 4.1.67.2** Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 4.1.67.3** Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 4.1.67.4** L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 4.1.67.5** L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 4.1.67.6** Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.

4.1.67.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).

4.1.67.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

4.2 Prévention et contrôle des infections - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)

4.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

Conseils :

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

Tests de conformité :

4.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :

- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
- mesurer l'utilisation d'un produit;



- inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
- évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

4.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

4.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

4.2.2 La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

Conseils :

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes l'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit :

- avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

Tests de conformité :












4.2.2.1 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.

4.2.3 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Conseils :

Les usagers, les familles 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 (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style 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.

- | | |
|--|---|
|   | <p>4.2.4 Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.</p> <p>Conseils :</p> <p>Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.</p> |
|   | <p>4.2.5 Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.</p> <p>Conseils :</p> <p>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'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), 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 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 (EPI) 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.</p> |
|   | <p>4.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.</p> <p>Conseils :</p> <p>Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.</p> |
|   | <p>4.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.</p> <p>Conseils :</p> <p>Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).</p> |
|   | <p>4.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.</p> <p>Conseils :</p> <p>Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.</p> |
|  | <p>4.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.</p> <p>Conseils :</p> <p>Par exemple, l'organisme 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.</p> |



- 4.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.

Conseils :

Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.



- 4.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.

Conseils :

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

4.3 Gestion des médicaments - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)



- 4.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.



- 4.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).



- 4.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.



- 4.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.

Conseils :

Par exemple, l'usager peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.



- 4.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.



- 4.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.



- 4.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.

Conseils :

Les critères de sélection englobent la capacité de l'usager à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.



- 4.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.

Conseils :

Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'usager dans un tiroir verrouillé.



- 4.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.



- 4.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'usager le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.

Conseils :

Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.



- 4.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'usager avant son administration.



- 4.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.

Conseils :

La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des

médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'utilisateur ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.



- 4.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'utilisateur l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.

Conseils :

Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'utilisateur a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.



- 4.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.

Conseils :

Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'utilisateur. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.



- 4.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque utilisateur sont surveillés et consignés.

Conseils :

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. 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.



- 4.3.16 Chaque utilisateur est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments.



- 4.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des utilisateurs afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

Conseils :

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



- 4.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux utilisateurs et aux familles les incidents liés à la sécurité des utilisateurs sont respectées.

4.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de déficiência intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (utilisateurs inscrits)



- 4.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

Conseils :

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.



- 4.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

Conseils :

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.



- 4.4.3 Pour chaque nettoyeur et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

Chapitre 5 : Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)

Bien que le cadre légal prévoit que l'utilisateur en ressource à assistance continue (RAC) soit « inscrit », en raison des activités offertes en RAC, l'utilisateur est considéré comme « admis » dans le cadre du présent manuel d'évaluation. Les services offerts en RAC visent à fournir des services d'assistance et de surveillance sur le plan résidentiel. Seules les ressources pour lesquelles les services sont fournis en continu (24 heures sur 24, 7 jours sur 7, service continu en présence des usagers, incluant la nuit) par le personnel de l'établissement sont ici visées.

L'utilisateur admis reçoit des services spécialisés ou surspécialisés de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ou des services surspécialisés, en étant admis dans un lit dédié à cette fin. Ces services visent à permettre la récupération fonctionnelle de l'utilisateur, ainsi qu'à soutenir sa famille et ses proches.

5.1 Épisode de soins - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)

5.1.1 L'accès au soutien et aux services déterminés est coordonné avec les organisations partenaires.

Conseils :

Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement peuvent devoir passer d'un secteur à un autre, et la coordination est nécessaire entre les organisations. Une fois les besoins en matière de services et de soutien déterminés, les organisations doivent collaborer afin d'établir que le soutien et les services appropriés sont bel et bien en place pour garantir que les services les plus appropriés sont offerts dans le milieu le plus approprié.

5.1.2 Les objectifs et les résultats attendus des services sont déterminés en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences de l'utilisateur, tels que définis dans son évaluation sont utilisés pour élaborer les objectifs des services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières de l'utilisateur, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres organismes qui offrent des services à l'utilisateur.

5.1.3 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Le processus d'évaluation est aussi simplifié que possible, de façon à ce que les usagers n'aient pas à répéter l'information aux nombreux prestataires ou membres de l'équipe. S'il y a lieu, une évaluation interdisciplinaire ou collaborative peut être effectuée avec l'utilisateur, la famille et les membres appropriés de l'équipe.





- 5.1.4 Les communications et les directives verbales et écrites sont adaptées et faciles à comprendre pour la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement et sa famille.

Conseils :

Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement possèdent différentes aptitudes en matière de communication. Différentes techniques devraient être disponibles et adaptées aux besoins de l'utilisateur et de sa famille. Les membres de l'équipe devraient utiliser un langage et un rythme appropriés et une communication améliorée et alternative, notamment à l'aide de repères visuels et/ou de signes comportementaux, de photos, de graphiques et de diagrammes. Dans la mesure du possible, les communications écrites devraient être rédigées en langage simple, comporter des phrases courtes formées de mots que la personne comprend, être présentées sous forme de points saillants et être accompagnées de graphiques et de photos, le cas échéant.



- 5.1.5 Les services qui facilitent l'intégration de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement sont déterminés en collaboration avec la personne et sa famille, et sont coordonnés avec les organismes partenaires.

Conseils :

Les services qui facilitent l'intégration et la participation sociale comprennent l'aide apportée aux personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi qu'à leur famille dans la création et le maintien de liens avec la communauté, dans l'établissement et le maintien de réseaux sociaux et dans l'accès aux services de soutien offerts dans la communauté.



- 5.1.6 Les activités liées aux systèmes de défense des droits sont menées en collaboration avec la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement, sa famille et les organismes partenaires.



- 5.1.7 Tous les nouveaux membres de l'équipe, y compris les stagiaires et les bénévoles, font l'objet d'une vérification des antécédents criminels.



- 5.1.8 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.

Conseils :

Les demandes de services peuvent provenir des usagers, des familles, d'autres équipes ou d'organismes qui acheminent des usagers. 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 des usagers et des familles, des organismes qui acheminent des usagers ainsi que des autres équipes.



- 5.1.9 Des critères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les services avec les usagers.

Conseils :

Les besoins des usagers potentiels sont évalués par rapport à la capacité de l'équipe de répondre à ces besoins.



5.1.10 Les listes d'attente sont coordonnées périodiquement avec celles d'autres organismes offrant des services similaires et celles des bailleurs de fonds, afin que les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement aient accès aux services au moment opportun.



5.1.11 Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un usager potentiel, l'accès à un autre service est facilité.

Conseils :

Dans le cas où l'organisme ne peut répondre aux besoins d'un usager, les raisons sont expliquées et l'accès à d'autres services est facilité. L'information est consignée en vue d'être utilisée dans la planification des services.



5.1.12 Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement, leur famille et les autres prestataires de services sont tenus informés périodiquement du moment où de nouveaux services seront disponibles.



5.1.13 Les données personnelles de l'usager sont recueillies au moment de l'admission.



5.1.14 Les données sur l'état de santé et les antécédents médicaux et psychosociaux de l'usager sont recueillies pendant le processus d'admission afin de déterminer les services requis pour ce dernier.



5.1.15 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identifiants uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.

Conseils :

Le fait d'utiliser des identifiants 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 identifiants uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'usager. Voici des exemples d'identifiants uniques à la personne : nom complet de l'usager, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'usager ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'usager, la reconnaissance du visage peut être un des identifiants uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identifiant unique à l'usager 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'usager ou la famille.

L'identification de l'usager est faite en partenariat avec l'usager et la famille en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identifiants (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les familles ne peuvent pas fournir cette information, les autres identifiants peuvent inclure les bracelets identifiants, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identifiants uniques à la personne peuvent provenir de la même source. Le dossier de santé ou sur les papiers d'identité officiels du patient. Deux identifiants peuvent provenir de la même source.

Tests de conformité :

5.1.15.1 Au moins deux identifiants 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 familles.



5.1.16 L'information concernant la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement est transmise à d'autres équipes, services et organismes conformément aux lois sur la protection de la vie privée.

Conseils :

L'information est transmise à d'autres équipes, services et organismes, au besoin et selon ce qui est déterminé par la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement, ainsi que par sa famille, de façon à faciliter les transferts et à éviter la répétition des demandes relatives à cette information.



5.1.17 La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse.

Conseils :

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les usagers en se présentant et en expliquant leur rôle, en demandant la permission avant d'effectuer une tâche, en expliquant ce qu'ils font, en parlant d'un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations ou en rassurant les usagers, en leur permettant de poser des questions ou d'émettre des commentaires, en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses, leur style de vie ou leur identité de genre, et en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.



5.1.18 Les usagers et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs services.

Conseils :

Le milieu encourage les usagers et les familles à prendre une part active dans leurs services, à poser des questions et à émettre des commentaires à toutes les étapes du processus.



5.1.19 Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que leur famille sont mises au fait, dans un langage facile à comprendre, de la politique et du processus concernant l'appel des décisions relatives aux services.



5.1.20 L'équipe s'assure que l'utilisateur et la famille comprennent bien l'information concernant les services.

Conseils :

Au moment de fournir de l'information aux usagers et aux familles, le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, l'invalidité ainsi que la langue et la culture sont pris en compte.

Les processus utilisés pour vérifier que les usagers ont bien compris l'information sont, entre autres, les suivants : encourager les usagers à poser des questions et accorder du temps à cet effet; demander à l'utilisateur de répéter l'information fournie; s'assurer que la communication s'effectue dans la même langue que celle de l'utilisateur, tout en respectant sa culture, dans la mesure du possible; utiliser des supports visuels ou vidéos, dans la mesure du possible; et, établir un échange continu pendant lequel l'équipe confirme fréquemment que l'utilisateur a bien compris l'information fournie.

Le site Web Always Use Teach-back! (www.teachbacktraining.org/) fournit des outils utiles pour apprendre comment confirmer qu'un usager a compris l'information transmise.



- 5.1.21 Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et à leurs familles.

Conseils :

Le matériel écrit est offert dans les langues parlées couramment au sein de la communauté, s'il y a lieu. Des services d'interprétation sont disponibles si les usagers ou les familles en ont besoin, dans la mesure du possible.



- 5.1.22 Le matériel écrit est offert dans les langues parlées couramment au sein de la communauté, s'il y a lieu. Des services d'interprétation sont disponibles si les usagers ou les familles en ont besoin, dans la mesure du possible.

Conseils :

L'évaluation de la capacité de l'utilisateur à fournir son consentement est un processus continu. Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre l'information pertinente à la prise de décisions, de prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et de comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier.

Les lois fédérales, provinciales et territoriales sont respectées en ce qui concerne le travail auprès des enfants et des jeunes. Dans les cas où les usagers sont des personnes âgées, des mineurs ou des personnes jugées incapables de donner un consentement, ceux-ci participent le plus possible aux décisions concernant leurs services et l'équipe accorde de l'importance à leurs questions et à leurs commentaires.



- 5.1.23 La capacité de chaque usager de participer à ses services est déterminée en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.

Conseils :

La capacité de participer à ses propres services diffère pour chaque usager. À chaque étape du processus de soins, le membre approprié de l'équipe travaille avec l'utilisateur, la famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur pour déterminer la quantité et le type d'information dont l'utilisateur ou la famille a besoin pour participer de façon significative. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.



- 5.1.24 Les souhaits de l'utilisateur quant à la participation de la famille sont respectés.

Conseils :

L'équipe trouve des façons d'inclure des membres du réseau de soutien de l'utilisateur.

Si une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur ou un membre de sa famille participe à la prise de décisions, les lois en vigueur sont respectées. Il existe un processus pour régler les conflits entre l'utilisateur et la famille concernant le niveau souhaité de participation.



- 5.1.25 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.

Conseils :

Les droits des usagers et des familles comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment l'information sur l'utilisateur sera utilisée, le droit d'avoir accès à leur dossier et à l'information qui les concerne, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles ainsi que le droit de prendre des risques et de ne subir aucun mauvais traitement, aucune exploitation et aucune discrimination.

Les droits des usagers et des familles en matière de prestation de services englobent le droit de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation

d'un service; de prendre part à tous les aspects d'un service et de faire des choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation du service; de remettre en question une décision relative au plan de services ou de déposer une plainte; de participer ou de refuser de participer à une recherche ou à des essais cliniques; de recevoir des services sûrs et offerts par des personnes compétentes; et de faire part de ses inquiétudes quant à la qualité d'un service.

Les responsabilités de l'utilisateur et de la famille comprennent le fait de traiter les autres avec respect, de fournir de l'information exacte, de signaler les risques pour la sécurité et de se conformer aux règles et aux règlements.

L'information est fournie à l'accueil ou au début de la prestation des services. Elle est adaptée aux divers besoins comme la langue, la culture, le niveau de scolarité, le style de vie et les déficiences physiques ou mentales. Si l'information ne peut être fournie à l'utilisateur et à la famille à l'accueil, celle-ci est offerte par la suite dans les meilleurs délais.



- 5.1.26 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.

Conseils :

Le consentement éclairé consiste à examiner l'information sur les services avec l'utilisateur, sa famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur; à l'informer des possibilités qui s'offrent à lui et à lui laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de lui demander son consentement. Il consiste aussi à respecter les droits, la culture et les valeurs de l'utilisateur, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment et à inscrire sa décision dans son dossier. Le processus de consentement est continu.

Il y a consentement tacite quand on offre des services pour lesquels il n'est pas nécessaire d'obtenir un consentement écrit, comme quand les utilisateurs arrivent pour un rendez-vous ou un cours, qu'on vérifie leur tension artérielle ou qu'ils présentent leur bras pour une prise de sang.



- 5.1.27 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.

Conseils :

Une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur est consultée lorsqu'il est incapable de prendre une décision, et les directives préalables sont utilisées, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits de l'utilisateur. Dans ce cas, la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur reçoit de l'information sur ses rôles et ses responsabilités, et on lui donne l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de discuter des possibilités qui s'offrent à l'utilisateur. La personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur peut être désignée selon la loi ou peut être un défenseur des droits des utilisateurs, un membre de la famille, un tuteur ou un aidant.

Si le consentement est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, son nom, son lien avec l'utilisateur, ainsi que la décision prise sont inscrits dans le dossier de l'utilisateur.

Lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes, le consentement éclairé est donné par l'enfant, le jeune, la famille ou le tuteur et inscrit au dossier avant la prestation des services. Le processus de consentement utilisé prévoit de les faire participer le plus possible à la prise de décisions à propos d'un service, d'une intervention ou d'un traitement, et d'accorder de l'importance à leurs opinions et à leurs questions.



5.1.28 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent :

- les antécédents médicaux;
- les allergies;
- le profil pharmaceutique;
- l'état de santé;
- l'état nutritionnel;
- les besoins alimentaires.

Les éléments relatifs à la santé psychosociale comprennent :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et des aidants naturels;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que leur capacité et leur volonté de le faire;
- l'état de santé mentale (y compris les caractéristiques propres à la personnalité et au comportement);
- l'état cognitif;
- le statut socio-économique;
- les croyances et les besoins d'ordre culturel et spirituel.



5.1.29 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

Conseils :

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider l'équipe à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils d'évaluation normalisés comporte des avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont une meilleure efficacité, une collecte de renseignements d'une plus grande exactitude, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

Les outils d'évaluation normalisés utilisés varieront selon les besoins de l'utilisateur et selon le type et la gamme de services fournis. L'échelle de Glasgow pour le niveau de coma, l'échelle de fragilité clinique, l'inventaire de dépression de Beck ou l'interRAI sont des exemples d'outils d'évaluation normalisés. Les outils d'évaluation normalisés utilisés sont éclairés par des données probantes et utiles pour les services fournis.



5.1.30 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers ou les clients et les familles pour un groupe cible d'utilisateurs quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.

Conseils :

Le bilan comparatif des médicaments est un processus structuré qui sert à communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments devrait être envisagé pour tous les usagers dont les soins comprennent la gestion des médicaments. Lorsqu'il n'est pas possible d'établir le bilan comparatif, des critères doivent être établis pour identifier les usagers qui risquent de subir des événements indésirables liés aux médicaments. Un outil d'évaluation des risques liés aux médicaments peut aider à identifier les usagers pour qui un bilan comparatif des médicaments est requis. Les raisons qui justifient le choix des usagers ciblés doivent être consignées.

Le bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) qui comprend la liste de tous les médicaments (notamment les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments) que l'utilisateur prend. Le MSTP précise également le mode d'administration, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la concentration, s'il y a lieu.

Pour produire le MSTP, il faut poser des questions à l'utilisateur, à la famille ou au soignant et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical antérieur de l'utilisateur ou un pharmacien communautaire. Une fois produit, le MSTP est un outil de référence important pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Les listes de médicaments recueillies sont comparées et lorsque des divergences sont décelées, elles sont résolues par le prescripteur principal, celui-ci pouvant provenir de l'équipe ou d'ailleurs. Le prescripteur indique les médicaments qu'il faudrait continuer de prendre, arrêter de prendre, ou changer et les raisons de le faire.

Les usagers devraient être considérés comme des partenaires actifs dans la gestion de leurs médicaments et ils devraient recevoir les renseignements sur les médicaments qu'ils devraient prendre dans un format et un langage qu'ils peuvent comprendre. Les usagers devraient être encouragés à conserver une liste de médicaments à jour et à en faire part à leurs prestataires de soins.

Comme les soins dans la communauté sont intermittents, il est possible que l'organisme de soins de santé communautaire ne soit pas toujours immédiatement informé du transfert ou du congé d'un usager. Le fait de garder une liste de médicaments à jour et exacte est la meilleure façon d'être préparé à communiquer la liste des médicaments au cercle de soins de l'utilisateur ou au prochain prestataire de soins.

Tests de conformité :

- 5.1.30.1 Les types d'utilisateurs qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée.
- 5.1.30.2 Au début des services, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et consigné au dossier.
- 5.1.30.3 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.
- 5.1.30.4 Quand les divergences sont résolues, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.

5.1.31 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.

Conseils :

Le suicide est une préoccupation en matière de santé à l'échelle mondiale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), plus de 800 000 personnes se suicident chaque année. Beaucoup de ces décès pourraient être prévenus par une détection précoce des signes de pensées suicidaires et une intervention appropriée.



Tests de conformité :

- 5.1.31.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.
- 5.1.31.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.
- 5.1.31.3 Les besoins de sécurité immédiats de l'utilisateur chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.
- 5.1.31.4 Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.
- 5.1.31.5 La mise en œuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.

5.1.32 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, une évaluation des risques est effectuée pour chaque résident et des interventions sont mises en œuvre.

Conseils :

La réduction des chutes et des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les résidents et réduire les coûts.

Pour être efficaces, la prévention des chutes et la réduction des blessures exigent une approche interdisciplinaire et le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre en œuvre une approche coordonnée de prévention des chutes et de réduction des blessures dans l'organisme, tout en reconnaissant les besoins uniques des différents milieux ou établissements. Il est aussi utile de désigner des personnes pour faciliter la mise en place de cette approche.

Une vaste gamme d'outils d'évaluation des risques est disponible pour déterminer les profils de risque précis des résidents de façon à créer des plans de prévention des chutes personnalisés et ciblés. Voici des exemples d'outils d'évaluation des risques convenant aux soins de longue durée :

- Aire d'oscillations posturales
- Échelle d'équilibre de Berg
- « Mobility interaction fall chart »

Les fractures de la hanche sont des blessures graves couramment causées par les chutes chez les personnes âgées (Fuller, 2000). Les recommandations pour prévenir les fractures dans les soins de longue durée peuvent inclure les suppléments de vitamine D, l'utilisation de protecteurs de la hanche, l'exercice, les interventions multifactorielles et les traitements pharmacologiques (Papaioannou et coll., 2015).

Il est important de repérer et d'adopter des outils d'évaluation et des interventions qui correspondent au type de milieu clinique et aux besoins individuels des résidents, y compris leur droit de vivre de façon risquée.

De la formation sur l'évaluation des risques, sur les protocoles et sur les procédures pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes est régulièrement offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles. De l'information facile à comprendre est fournie aux résidents, aux familles et aux prestataires de soins pour leur donner les moyens d'assumer un rôle actif dans la prévention des chutes et la réduction des blessures.

Il est important d'évaluer régulièrement si les activités de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes ont ou non les répercussions escomptées et si elles répondent aux besoins des résidents, familles et membres de l'équipe. Divers moyens permettent d'évaluer l'efficacité, qu'il s'agisse de discussions spontanées, d'entrevues, de sondages ou de vérifications. Des initiatives d'évaluation de l'amélioration de la qualité et des réunions de bilan après les chutes peuvent aussi contribuer à cerner

les lacunes en matière de sécurité, à éviter que les chutes se produisent à nouveau ou à réduire les blessures causées par les chutes.

Tests de conformité :

- 5.1.32.1 Une évaluation initiale en matière de prévention des chutes et réduction des blessures est effectuée pour les résidents à l'admission au moyen d'un outil normalisé.
- 5.1.32.2 Un processus normalisé est suivi pour réévaluer les résidents à intervalles réguliers et quand il y a un important changement dans leur état de santé.
- 5.1.32.3 Des protocoles et procédures (fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques quand elles sont disponibles et applicables au milieu) sont mis en œuvre pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en résultent.
- 5.1.32.4 L'information sur les interventions pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes est consignée dans le dossier du résident et communiquée à l'équipe.
- 5.1.32.5 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux résidents, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.
- 5.1.32.6 L'efficacité des activités de prévention des chutes et de réduction des blessures (p. ex. processus et outils d'évaluation des risques, protocoles et procédures, documentation, formation et information) est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.



- 5.1.33 La planification axée sur la personne vise à ce que la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement et sa famille prennent les commandes de leur vie et de leurs plans de soutien.

Conseils :

La personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement et sa famille dirigent l'élaboration d'un plan incluant les buts à atteindre à court et long terme. L'accent est mis sur les forces de la personne et l'utilisateur et sa famille sont encouragés à faire leurs propres choix et sont soutenus dans une démarche d'autonomie fondée sur le respect et la dignité.

La planification axée sur la personne soutient et favorise l'autodétermination, la prise en charge autonome et l'autonomie sociale et elle met au premier plan la création de réseaux communautaires, l'établissement de relations sociales et la détermination des ressources appropriées.




- 5.1.34 Les préférences de l'utilisateur et les options relatives aux services sont discutées dans le cadre de l'évaluation, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :


Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, de même que les différentes options possibles pour ses services sont discutés avec l'utilisateur et la famille. L'équipe et l'utilisateur s'engagent dans une prise de décisions conjointe qui tient compte des préférences de l'utilisateur, des résultats attendus et des risques et bienfaits liés aux options.

Les possibilités d'autosoins, la vie privée, les visiteurs, les traitements, les tests et les soins personnels comme ceux liés au sommeil, au bain et à l'alimentation comptent parmi les autres préférences discutées.

- 
- 5.1.35 Les résultats de l'évaluation sont communiqués à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe en temps opportun et de manière facile à comprendre.


Conseils :

La communication des résultats des évaluations, lorsque nécessaire, améliore la clarté et évite la répétition. Pour que l'information soit facile à comprendre, les renseignements sont adaptés au niveau d'alphabétisme de l'utilisateur, à sa langue et à sa culture.

- 
- 5.1.36 Les usagers et les familles sont informés du membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leurs services et de la façon de joindre cette personne.

Conseils :


Le membre désigné peut être le membre de l'équipe collaborative qui est le plus régulièrement en contact avec l'utilisateur ou la principale personne-ressource responsable des services.

- 
- 5.1.37 Les services requis en matière de santé physique pour répondre aux besoins de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement sont déterminés en collaboration avec la personne et sa famille et sont coordonnés avec les organismes partenaires.

Conseils :

Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement présentent souvent des problèmes de santé complexes. Les services traitant de la santé physique peuvent être fournis par des services de soins primaires et des prestataires de soins de santé spécialisés dans les soins aux personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement. Ces services incluent les soins de santé préventifs et la promotion de la santé.

Les soins de santé préventifs et la promotion de la santé incluent les visites annuelles et régulières chez un prestataire de soins primaires, les épreuves de dépistage, les soins dentaires et l'apprentissage des questions relatives à un mode de vie sain, notamment la nutrition, la santé sexuelle et les risques inhérents au tabagisme et à la consommation d'alcool et de drogues.

- 
- 5.1.38 Les services requis en matière de santé mentale pour répondre aux besoins de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement sont déterminés en collaboration avec la personne et sa famille et sont coordonnés avec les organismes partenaires.

Conseils :

Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement sont plus à risque de développer des problèmes de santé mentale. Les services qui répondent aux besoins en matière de santé mentale peuvent être fournis par des professionnels de la santé, incluant, sans s'y limiter, les infirmières, les travailleurs sociaux, les psychologues, les psychiatres et les prestataires de soins primaires. Ces services portent sur le fonctionnement social, émotionnel, comportemental et cognitif des bien personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement.



- 5.1.39 Le bien-être émotionnel et la santé mentale de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que de sa famille sont encouragés.

Conseils :

Des mesures proactives favorisant le bien-être émotionnel peuvent renforcer la résilience en présence d'agents stressants ou d'événements malheureux susceptibles d'entraîner des problèmes de santé mentale.

L'approche adoptée en matière de promotion de la santé mentale comporte de multiples facettes. Elle s'intéresse de façon globale à tous les enjeux qui touchent la personne, qu'ils soient biologiques, psychologiques ou sociaux.

Les activités favorisant la santé mentale incluent la sensibilisation de la personne et de sa famille au bien-être émotionnel et à la résilience; le renforcement de leur capacité à détecter les signes et les symptômes de trouble mental et à rechercher soutien et aide professionnelle; la promotion des examens de santé périodiques, de la saine alimentation et de l'activité physique; l'encouragement à établir et à maintenir des amitiés et des liens sociaux; la mise à contribution de l'entourage social et personnel (p. ex. la famille, la collectivité, l'école) pour soutenir l'utilisateur dans son intégration à sa communauté locale; la mise en place d'un système de soutien et d'un environnement global motivant; la prestation de services appropriés à la culture.



- 5.1.40 La personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement est soutenue dans la recherche d'une éducation personnalisée et appropriée à son âge en matière de santé sexuelle.

Conseils :

L'éducation à la santé sexuelle comprend la croissance et le développement personnels, la notion de consentement accordé et reçu, les relations saines, l'amour-propre et le respect de l'autre, la santé génésique, les infections transmises sexuellement, les options en matière de contraception, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, le respect de l'intimité et de la vie privée. Les conversations sont menées sous un jour positif, avec le souci de respecter le droit de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement à une vie sexuelle saine. L'accent est mis sur le choix personnel et l'autonomie.



- 5.1.41 Des renseignements précis et complets sont communiqués à l'utilisateur et à la famille en temps opportun tout en respectant le souhait de l'utilisateur de prendre part à la prise de décision.

Conseils :

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle à un choix éclairé et à une prise de décisions conjointe entre les usagers, les familles et l'équipe. Les renseignements sont transmis selon les besoins et intérêts de la personne et en fonction de son niveau de compréhension.

Les usagers et les familles sont mis au courant des risques et bienfaits des soins, des rôles et responsabilités de l'utilisateur dans la prestation des services, ainsi que des avantages, des limites et des résultats possibles des interventions ou services proposés, de la façon de se préparer aux services, de la disponibilité de services de counseling et de groupes de soutien ainsi que de la façon de joindre les membres de l'équipe en cas d'urgence ou de situation de crise.

Divers niveaux et types de renseignements sont offerts à différentes étapes de la prestation des services pour répondre aux besoins et aux souhaits de l'utilisateur quand cela est possible. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission (p. ex. les sujets graves exigent une approche plus structurée).



5.1.42 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.



5.1.43 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

Un milieu où les usagers, les familles et les membres de l'équipe sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes est favorisé. L'organisme fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les familles peuvent obtenir des conseils ou une consultation. En cas d'utilisation de dossiers de santé électroniques, il existe un processus pour recevoir les plaintes et les questions des usagers au sujet de la confidentialité des dossiers électroniques, et pour y donner suite.

Les allégations présentées par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi réglées.



5.1.44 Une politique et un processus sont en place pour permettre aux personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi qu'à leurs familles de porter en appel les décisions relatives aux services.



5.1.45 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.

Conseils :

Les questions d'éthique sont soulevées quand des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être très graves, il peut s'agir de question de vie ou de mort ou de questions liées aux activités quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre à risque, le triage des membres de la communauté durant une situation d'urgence et les demandes de retrait de certains services spécifiques ou la fin des services.

Le cadre d'éthique de l'organisme est utilisé pour gérer et régler les questions d'éthique. Elles peuvent être prises en charge par un comité d'éthique ou une équipe de consultation qui peut comprendre des professionnels de la santé, des membres du clergé ou des éthiciens. En plus d'offrir des consultations cliniques, le comité d'éthique peut prendre part à l'examen des politiques et à la sensibilisation à l'éthique.

Les questions d'éthique liées à des usagers précis sont consignées au dossier des usagers concernés.



5.1.46 Un processus est en place pour assurer que les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que leur famille soient l'abri de répercussions négatives quand des décisions sont rendues relativement aux services, que des plaintes sont formulées ou qu'une rétroaction est fournie.

Conseils :

Les membres de l'équipe sont formés afin de prendre les mesures appropriées avec professionnalisme et respect quand des décisions relatives aux services sont portées en appel, annulées ou limitées, ou quand des transferts sont effectués vers d'autres services.

Les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que leur famille peuvent choisir de réagir en privé et en toute confidentialité.



- 5.1.47 Des politiques et des procédures existent pour définir les rôles et les responsabilités des membres du personnel qui gèrent les fonds des usagers.

Conseils :

Les politiques et les procédures comprennent des renseignements sur la tenue de documents et les processus et les systèmes utilisés pour justifier les dépenses imputées aux fonds des usagers. Les membres du personnel comprennent leurs rôles et leurs responsabilités liées à la gestion de l'argent des usagers ainsi que les répercussions d'une mauvaise gestion de ces fonds.



- 5.1.48 Des politiques et des procédures sont en place pour définir, interdire et prévenir l'abus, la négligence, le mauvais traitement et l'exploitation, conformément aux lois applicables.

Conseils :

Les politiques et les procédures comprennent de l'information sur la façon de prévenir, de détecter et de déclarer les allégations et les cas fondés d'abus, de négligence, de mauvais traitement et d'exploitation, ainsi que d'y donner suite immédiatement et de manière appropriée.



- 5.1.49 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux services qu'ils reçoivent.

Conseils :

Il existe un processus structuré d'examen des questions d'éthique pour déterminer les cas où l'on peut faire participer un usager à une activité de recherche. Les usagers et les familles participent à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche participatifs, le cas échéant (p. ex. à la collecte de données qualitatives pour des initiatives d'amélioration de la qualité).



- 5.1.50 Les services pertinents de suivi pour l'utilisateur, le cas échéant, sont coordonnés en collaboration avec l'utilisateur, la famille, d'autres équipes et organismes.

Conseils :

La responsabilité entourant les services se poursuit jusqu'à ce que le service ait pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre organisme.

Les services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extra-hospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile à l'utilisateur contribue à ce que ce dernier reçoive les services les plus appropriés à l'endroit le plus adéquat et réduit au minimum les transferts inutiles et les solutions temporaires.

Pour veiller à ce que les usagers reçoivent des services continus et ininterrompus, le placement et le suivi comprennent un processus pour les cas où la transition ne se passe pas comme prévu.



- 5.1.51 Dans le cadre du plan de services individuel, les ressources visant à aider la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement à apprendre et à mettre en œuvre les habiletés qui l'aideront à atteindre ses buts sont déterminées en collaboration avec la personne et sa famille.

Conseils :

Les ressources comprennent le soutien du personnel, la famille et les amis et les réseaux de soutien social, le transport et les programmes de loisirs ou de formation professionnelle qui correspondent aux besoins et aux intérêts de la personne ayant une déficience

intellectuelle et des déficits sur le plan du développement. Ces ressources sont offertes dans sa communauté locale.



- 5.1.52 Un plan de services complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille et il est consigné.

Conseils :

Le plan de services repose sur les résultats de l'évaluation de même que sur les objectifs et les résultats attendus des services. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des autres membres de l'équipe, d'autres organismes, ainsi que des usagers et des familles. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents de l'utilisateur, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments, y compris les problèmes ou les réactions indésirables liés aux médicaments.

Le plan comprend le lieu de prestation et la fréquence des services, les délais avant le début des services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des services, la façon dont sera évaluée l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.



- 5.1.53 Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan de services, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.

Conseils :

Le dossier de l'utilisateur, qui réunit toute l'information à un seul endroit, est accessible à l'équipe qui fournit les services, y compris aux usagers.



- 5.1.54 Un processus est en place pour traiter les complications et les urgences médicales.

Conseils :

Le processus destiné à traiter les complications et les urgences médicales comprend la reconnaissance des situations qui exigent une intervention médicale immédiate et la détermination de la réponse appropriée (p. ex. faire venir une ambulance, entreprendre les mesures de réanimation ou de premiers soins).

Les complications et les urgences médicales incluent les arrêts cardiaques ou respiratoires, l'asphyxie, les crises ou les chutes.



- 5.1.55 Des méthodes positives sont utilisées pour prévenir et gérer les comportements violents, agressifs et à risque élevé de façon sécuritaire.

Conseils :

Les comportements violents, agressifs et à risque élevé de personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement, sont atténués et contrôlés.

Les méthodes positives sont celles qui entraînent le moins de perturbation possible et qui sont les moins restrictives. Lorsque des incidents violents ont lieu, l'équipe, la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que la famille de cette dernière participent à l'enquête et reçoivent de l'aide pour élaborer des stratégies et éviter que les mêmes situations ne se reproduisent.



- 5.1.56 Des critères et des politiques sont en place et englobent les buts, les procédures et les limites entourant l'utilisation des méthodes restrictives, et ce, conformément aux lois applicables et les membres de l'équipe reçoivent la formation adéquate à cet égard.

Conseils :

Les méthodes restrictives sont des interventions qui limitent la liberté et l'autonomie de la personne dans le but de prévenir, d'atténuer ou d'arrêter un comportement qui présente un danger pour elle ou pour les autres. Elles peuvent comprendre les techniques de prévention de crise et d'intervention en cas de crise ainsi que toute méthode de contention. Les méthodes restrictives ne servent pas à enseigner un comportement acceptable, à punir ou à satisfaire aux demandes du programme. Des méthodes restrictives ne sont utilisées que dans les situations d'urgence et lorsque toutes les méthodes positives ont échoué.



- 5.1.57 Les politiques et les critères entourant l'utilisation des méthodes restrictives sont mis à jour périodiquement.

Conseils :

Les politiques et les critères entourant l'utilisation des méthodes restrictives sont mis à jour périodiquement, en collaboration avec les personnes ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que leur famille ou quand l'état de santé de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement change. Les politiques et les critères entourant les méthodes restrictives sont soumis aux canaux d'approbation appropriés.



- 5.1.58 Le recours aux méthodes restrictives est documenté dans le dossier médical de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement.

Conseils :

La documentation sur les méthodes restrictives comprend l'information relative à l'endroit où les mesures ont été appliquées, au moment auquel elles l'ont été, ainsi qu'à la raison et à la durée de leur application.



- 5.1.59 Le bien-être ou l'état de l'utilisateur est réévalué en partenariat avec l'utilisateur et des mises à jour sont consignées dans son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état.

Conseils :

Le fait de ne pas signaler un changement dans le bien-être ou l'état de l'utilisateur ou de tarder à le faire peut constituer un obstacle important à la prestation de services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans le bien-être ou l'état de l'utilisateur est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.



- 5.1.60 Les progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'utilisateur et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan de services au besoin.

Conseils :

La consignation des progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives et elle inclut l'utilisateur et sa famille. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés, la discussion avec les usagers et les familles et l'observation.



- 5.1.61 Les usagers et les familles ont accès à des services psychosociaux et de soutien.



- 5.1.62 Le souhait de l'utilisateur de mettre fin aux services ou de les limiter, d'être transféré à un autre service ou de retourner à la maison est respecté.

Conseils :

La prise de décisions conjointe au sujet de la transition de l'utilisateur a lieu en consultation avec la famille ou la personne chargée de prendre les décisions au nom de l'utilisateur, au besoin, et tient compte de la capacité de l'utilisateur de prendre des décisions. Les risques de la transition sont discutés avec l'utilisateur et la famille, de même que les services extra-hospitaliers auxquels ils auront accès après la transition.

Un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour travailler avec les usagers qui ont choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Si l'utilisateur souhaite continuer d'obtenir des services qui vont à l'encontre de la recommandation de l'équipe ou qui vont au-delà de la capacité de l'organisme, un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour assurer un résultat juste et équitable pour l'utilisateur et l'organisme.



- 5.1.63 Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition de l'utilisateur, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.

Conseils :

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour l'utilisateur sont déterminés. Certains facteurs ont une influence sur la capacité de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisme.



- 5.1.64 Les usagers sont responsabilisés de manière à gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.

Conseils :

L'enseignement qui favorise la responsabilisation et aide les usagers à gérer eux-mêmes une maladie chronique peut comprendre la planification de mesures, l'imitation de comportement, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation, les techniques de gestion des symptômes, des facteurs de risque, de la fatigue et du sommeil, l'utilisation des médicaments, la gestion des émotions, les changements sur le plan cognitif et de la mémoire, la formation en communication avec des professionnels de la santé et d'autres personnes, ainsi que la résolution de problèmes et la prise de décisions liées à des questions de santé.

Des outils et des ressources sont offerts aux usagers pour les aider à gérer eux-mêmes leur état de santé. Ils sont adaptés aux besoins de chaque usager. Par exemple, les outils peuvent être modifiés en fonction de leur degré de compréhension, de leur niveau d'alphabétisation, de leur invalidité, ainsi que de leur langue et de leur culture.



- 5.1.65 La planification des points de transition, y compris la fin des services, est présente dans le plan de services et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan de services, que ce soit vers la maison ou une autre équipe ou qu'il s'agisse de la fin des services, améliore la coordination entre les équipes et les organismes partenaires et aide à préparer l'utilisateur pour la fin des services. La participation de l'utilisateur à la planification de la fin des services assure que l'utilisateur et la famille sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition de l'utilisateur, de même que ses besoins et préférences font partie du plan de services. La discussion peut comprendre des suivis planifiés, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.

- 5.1.66 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

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 posthospitaliers, la relecture et la reformulation) favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente et des outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisme. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisme. 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 familles de répéter l'information. Les usagers et les familles 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.

Tests de conformité :

- 5.1.66.1** L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 5.1.66.2** Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 5.1.66.3** Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 5.1.66.4** L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 5.1.66.5** L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de 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 (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).



- 5.1.67 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils :

À intervalles réguliers, un échantillon d'usagers, de familles ou d'organismes vers lesquels ils ont été acheminés, est contacté pour déterminer l'efficacité de la transition ou de la fin des services, connaître l'opinion et les préoccupations des usagers après la transition et vérifier si les plans de suivi sont respectés. L'évaluation des transitions représente une occasion de vérifier que les besoins de l'utilisateur et de la famille ont été satisfaits et que leurs préoccupations ou leurs questions ont été abordées.

La rétroaction des usagers et l'ensemble des résultats de l'évaluation sont partagés avec le personnel d'encadrement et le conseil d'administration de l'organisme et l'information est utilisée pour améliorer les transitions.



- 5.1.68 La personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que sa famille sont des partenaires dans le processus de planification de la transition.

Conseils :

La personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que sa famille ont le soutien et l'encouragement nécessaires pour partager leurs préoccupations lors du processus de planification de la transition. Elles reçoivent également l'information dont elles ont besoin pour prendre des décisions.



- 5.1.69 La personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement ainsi que sa famille sont informées sur la façon de s'y prendre pour accéder de nouveau aux services, s'il y a lieu.

Conseils :

L'information concernant l'accès à de nouveaux services indique quand et comment communiquer avec l'équipe.



- 5.1.70 Dans le cadre de l'évaluation, les besoins (en matière de soutien) de la famille et l'aidant de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement sont déterminés en collaboration avec la personne, la famille et l'aidant.

Conseils :

Le soutien peut être nécessaire pendant et après le passage de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement dans l'organisme. Les besoins éprouvés par la famille ou l'aidant touchent, par exemple, le soutien émotionnel, la sécurité, le counseling, l'enseignement, le soutien de la personne ayant une déficience intellectuelle et des déficits sur le plan du développement en matière de santé sexuelle, et les services de répit. L'établissement de relations efficaces au sein de la communauté est basé sur les besoins de la famille ou de l'aidant en matière de soutien.



- 5.1.71 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.

Conseils :

La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions prévues, les

consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.

L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).

L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires (services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.

Tests de conformité :

- 5.1.71.1** Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- 5.1.71.2** Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 5.1.71.3** Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 5.1.71.4** L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 5.1.71.5** L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 5.1.71.6** Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 5.1.71.7** Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 5.1.71.8** Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion

au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

5.2 Prévention et contrôle des infections - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)

5.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

Conseils :

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

Tests de conformité :

5.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :

- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
- mesurer l'utilisation d'un produit;
- inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
- évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

5.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

5.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

5.2.2 La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

Conseils :

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes l'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit :

- avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

Tests de conformité :

5.2.2.1 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.

5.2.3 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Conseils :










Les usagers, les familles 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 (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style 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.

5.2.4 Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.

Conseils :

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.

-   5.2.5 Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.
- 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'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), 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 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 (EPI) 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.
-   5.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.
- Conseils :**
- Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.
-   5.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.
- Conseils :**
- Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).
-   5.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.
- Conseils :**
- Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
-  5.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.
- Conseils :**
- Par exemple, l'organisme 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.



- 5.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.

Conseils :

Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.



- 5.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.

Conseils :

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

5.3 Gestion des médicaments - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)



- 5.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.



- 5.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.

Conseils :

L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).

-  5.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.
-  5.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.
- Conseils :**
- Par exemple, l'usager peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.
-  5.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.
-  5.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.
-  5.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.
- Conseils :**
- Les critères de sélection englobent la capacité de l'usager à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.
-  5.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.
- Conseils :**
- Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'usager dans un tiroir verrouillé.
-  5.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.
-  5.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'usager le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.
- Conseils :**
- Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.
-   5.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'usager avant son administration.
-   5.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.
- Conseils :**
- La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des

médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'utilisateur ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.



- 5.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'utilisateur l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.

Conseils :

Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'utilisateur a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.



- 5.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.

Conseils :

Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'utilisateur. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.



- 5.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque utilisateur sont surveillés et consignés.

Conseils :

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. 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.



- 5.3.16 Chaque utilisateur est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments.



- 5.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des utilisateurs afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

Conseils :

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



- 5.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux utilisateurs et aux familles les incidents liés à la sécurité des utilisateurs sont respectées.

5.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (utilisateurs admis)



- 5.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

Conseils :

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.



- 5.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

Conseils :

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.



- 5.4.3 Pour chaque nettoyeur et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

Chapitre 6 : Documents de référence

Le présent cadre de référence émane du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Complémentaires à ce manuel, ces documents de référence visent à appuyer les établissements responsables d'offrir des soins et services en matière de *Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme* au Québec.

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, Art. 21. Mise à jour 2019

Lien : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5,%20r.%205/>

Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience. Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. p 8-10, 38. Extrait de : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Québec, 2004

Lien : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W_accessible.pdf

Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience. Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. p 38

Lien : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W_accessible.pdf

Chapitre 7 : Glossaire

Afin d'harmoniser la terminologie dans les milieux des services de santé et des services sociaux et pour faciliter l'utilisation des normes de HSO, un glossaire est mis à votre disposition dans votre portail virtuel.

Il s'agit de la norme mondiale HSO 0400 qui définit les concepts fondamentaux, les principes et le vocabulaire liés aux services de santé et services sociaux de qualité et à la sécurité des usagers qui servent d'assise aux normes de HSO