



AGRÉMENT
CANADA

Manuel d'évaluation Qmentum Québec^{MC}

Jeunesse (Cycle 2)

En vigueur dès: mai 2024

Table des matières

Introduction	5
Structure du manuel	7
Glossaire	12
Chapitre 1: Excellence des soins et services	20
1.1: Organiser les soins et services selon les besoins des personnes et des communautés visées par le programme-services	20
1.2: Gérer les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles dans le but de soutenir les équipes	44
1.3: Soutenir une culture de la mesure et de l'amélioration continue de la qualité par la gestion des incidents et accidents survenues lors de la prestation des soins et services et l'évaluation du programme-services	58
Chapitre 2: Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	66
2.1: Épisodes de soins et services - Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	66
2.2: Pratiques transversales	136
Chapitre 3: Soins et services en périnatalité (usagers admis)	140
3.1: Épisodes de soins et services - Soins et services en périnatalité (usagers admis)	140
3.2: Pratiques transversales	210
Chapitre 4: Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	214
4.1: Épisodes de soins et services - Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	214
4.2: Pratiques transversales	274
Chapitre 5: Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	278
5.1: Épisodes de soins et services - Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)	278
5.2: Pratiques transversales	317
Chapitre 6: Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	321
6.1: Épisodes de soins et services - Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	321
6.2: Pratiques transversales	369
Chapitre 7: Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)	373
7.1: Épisodes de soins et services - Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)	373



7.2: Pratiques transversales 421

Documents de référence 425



© LE PRÉSENT DOCUMENT EST PROTÉGÉ PAR UN COPYRIGHT

Copyright © 2024, Organisation de normes en santé (HSO) ou ses concédants de licences. Tous droits réservés.

Toute utilisation et autre exploitation de ce document est couverte par les conditions d'utilisation établies ici : <https://healthstandards.org/fr/normes/termes/individuel-jan-2018/>. Tout autre usage est strictement interdit. Si vous n'acceptez pas les Conditions d'utilisation (en tout ou en partie) vous n'avez pas le droit de vous servir, de reproduire ou d'exploiter de quelque façon que ce soit le présent document, d'aucune façon et sous aucun prétexte.

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

Site Web : www.healthstandards.org/fr/ Téléphone : 1.613.738.3800

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

Introduction

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

Dans cette optique, le présent manuel d'évaluation sert à évaluer la prestation des soins et services offerts dans le cadre du programme-services Jeunesse dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux concernés. Cette démarche fait partie du deuxième cycle du programme d'agrément au Québec (2023-2027). Le manuel est conforme aux objectifs et aux orientations ministérielles du programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022 - *Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille* (MSSS, 2017), au Manuel de référence sur la protection de la jeunesse (MSSS, 2010), au Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ (MSSS, 2013), au Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028 (MSSS, 2024), ainsi qu'aux meilleures pratiques telles que le Programme National de Santé Publique 2015-2025 (MSSS, 2015) et l'Initiative Amis des bébés (IAB). Il respecte également les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA).

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

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



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

Structure du manuel

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

Le manuel présente un contenu modifié par rapport à celui du Cycle 1. L'évaluation des soins et services en néonatalogie et en pédiatrie ambulatoire a été ajoutée. De plus, l'évaluation des soins et services de santé mentale en communauté et de santé mentale (0-17 ans) et de pédopsychiatrie ont été retirés. Ces deux chapitres sont maintenant évalués dans le cadre du manuel d'évaluation *Santé mentale et dépendances* (Cycle 2), conformément au continuum de soins et services en santé mentale et en dépendances.

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

Les chapitres qui suivent (chapitres 2 à 7) sont dédiés à l'offre des soins et services du programme-services Jeunesse, adaptés en fonction de la nature des prestations et des milieux de soins. Le contenu de ces chapitres reflète également un contenu enrichi, basé sur les normes suivantes :

- QC/HSO 11014:2023 *Services en périnatalité (Québec)*



- HSO 11001:2018 *Soins critiques*
- HSO 34004:2018 *Soins ambulatoires*
- HSO 82001:2018 *Services aux enfants, aux jeunes et aux familles*

Chacune de ces normes a été révisée afin d'assurer la pertinence de son contenu avec l'offre des soins et services au Québec, et ce, en collaboration avec des experts-conseils. La révision avait également pour but d'éviter les duplications de critères dont la thématique était déjà abordée dans le chapitre sur l'excellence des soins et services. La norme *Services en périnatalité (Québec)* en particulier a fait l'objet d'une révision complète visant une approche interdisciplinaire applicable à tous les milieux de naissance et à toutes les personnes accédants aux soins et services entre la 28^e semaine de grossesse et le 7^e jour suivant la naissance du nouveau-né.

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

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

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

Nous souhaitons profiter de l'occasion afin de souligner le temps et les efforts des experts-conseils qui ont partagé leurs expertises et leurs recommandations au cours du processus de rédaction de ce manuel ainsi que des membres figurant ci-dessous qui ont formé le groupe de travail appuyant la conception de ce manuel. La collaboration de tous les experts fut très appréciée et a permis de rédiger un manuel de qualité qui s'intègre au contexte québécois, qui permet de suivre les orientations et d'atteindre les objectifs ministériels, et qui tient compte également de la rétroaction émise en Cycle 1 par les établissements participants et les visiteurs.

- Danielle Dubois, M.G.S.S., B. Sc. nut., Consultante en gestion de la santé
- Dre Laura Haiek, MD, MSc.



- Virginie Hamel, M. Ps., Coordonnatrice professionnelle, Psychologue, Équipe spécialisée en prévention du suicide, Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
- Lyne Jobin, M. Ps., Consultante en gestion de la santé et en services sociaux
- Dre Chantal Lacroix, Obstétricienne-gynécologue
- Andréanne Laliberté-Rhéaume, Baccalauréat en sciences infirmières, MAP, Direction adjointe, Direction jeunesse, CISSS des Laurentides
- Dre Anne-Maude Morency, MD, FRCSC, Directrice du programme de médecine fœto-maternelle, Hôpital Royal Victoria de l'Université McGill – site Glen
- Dre Lucie Morin, MD, FRCSC, Chef du département d'obstétrique-gynécologie, Centre Hospitalier Universitaire – Sainte-Justine
- Martin Parent, Inf., B.Sc. Chargé de projet – Informatisation du dossier obstétrical et grossesses à risque à domicile et télésanté, Direction santé mère-enfant, ministère de la Santé et des Services sociaux
- Julie Pelletier, Sage-femme, Baccalauréat en pratique de sage-femme, Présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec
- Marie-Pierre Plante, ICS PCI, Conseillère cadre clinicienne en prévention et contrôle des infections, Service de prévention et contrôle des infections, Direction générale adjointe, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Sylvie Tousignant, Conseillère aux Dossiers Mère Enfant, Direction Santé mère-enfant, Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Régis Vaillancourt, B.Pharm., Pharm.D., Consultant en gestion du circuit du médicament

Chapitres

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

Chapitre 1 : Excellence des soins et services

Chapitre 2 : Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)

Chapitre 3 : Soins et services en périnatalité (usagers admis)

Chapitre 4 : Soins et services en néonatalogie (usagers admis)

Chapitre 5 : Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)

Chapitre 6 : Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)

Chapitre 7 : Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)

Sous-chapitres

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

Critères

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

Conseils

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

Classification des critères

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

Méthode d'évaluation

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

Niveaux de priorité

Pratiques organisationnelles requises (POR) :

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

Les POR sont organisées selon la structure suivante :

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

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

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

Critères à priorité élevée :

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

la qualité. Leur pondération est plus élevée dans les directives relatives à l'attribution du statut d'agrément.

Critères à priorité normale :

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

Dimensions de la qualité

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

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

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

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

Sécurité : Assurer ma sécurité.

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

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

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

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

Efficiences : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

Glossaire

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

Veillez remarquer que dans ce manuel, le terme « usager » peut désigner différentes personnes, comme un nouveau-né, un jeune, une famille, une personne accédant aux soins et services ou une personne proche aidante. Cette inclusivité est nécessaire car chaque chapitre du manuel est adapté à un contexte spécifique de prestation des soins et services de santé et une clientèle particulière. Par exemple, dans le chapitre portant sur la néonatalogie, nous utilisons dans la mesure du possible des termes plus spécifiques comme « nouveau-né », « parents du nouveau-né » et « personnes proches aidantes » au lieu du terme générique « usager ». Cette approche vise à rendre le langage plus précis et adapté au contexte particulier des soins et services de santé pour les jeunes.

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

cheminement de l'usager. Parcours de l'usager tout au long du continuum de soins et services débutant dès la demande à la prestation des services, en y incluant les points de transition afin qu'il reçoive les bons soins, au bon endroit et au bon moment (Hall, 2006).

consentement éclairé. Permission donnée pour la prestation de soins et services, le soutien ou la participation à une activité. Le consentement doit être donné volontairement, avec une pleine compréhension des avantages, des risques et d'autres options de soins et services. Il peut être implicite ou spécifiquement exprimé, oralement ou par écrit. La situation déterminera l'approche requise. Le consentement implicite peut être déduit du comportement de l'usager (Association canadienne de protection médicale, 2021).

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

enfant. Personne dans les premières années de sa vie, incluant les nouveau-nés et les tout-petits, soit de la naissance à la onzième année.

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

équipe. Groupe de personnes collaborant en vue de répondre aux objectifs, aux capacités et aux préférences de l'usager. L'équipe comprend l'usager, sa ou ses personnes proches aidantes si

l'usager le souhaite, et les membres de la main-d'œuvre intervenant dans ses soins et services. Lorsque l'usager n'a pas la capacité de prendre une décision en matière de soins, son mandataire agit en son nom et est également un membre actif de l'équipe. Selon les soins et services prodigués, l'équipe peut également comprendre des gestionnaires du programme-services, des bénévoles, des apprenants, des prestataires de soins et services externes, des visiteurs et des pairs-aidants.

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

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

famille. Ensemble de personnes qui ont des liens de parenté ou d'alliance et qui vivent sous le même toit.

famille élargie. Ensemble de personnes liées par la naissance, par alliance ou par d'autres relations. De façon générale, les membres de la famille élargie peuvent être les grands-parents, les tantes, les oncles, les cousins, les cousines qui ont une relation significative avec le jeune.

famille d'accueil. Personne seule, couple ou famille qui accueille dans sa résidence principale un ou des enfants ou un ou des jeunes en difficulté. La famille d'accueil offre à ces jeunes des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

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

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

jeune. Personne dont l'âge se situe entre 12 et 18 ans. Certains programmes ou services visent les jeunes adultes, âgés de 19 à 25 ans.

jeune dont la sécurité et le développement pourraient être compromis. Jeune considéré en grande difficulté et qui a besoin de protection. La Loi sur la protection de la jeunesse prévoit que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis dans les situations d'abandon; de négligence; de mauvais traitements psychologiques; d'abus sexuels incluant l'exploitation sexuelle; d'abus physiques; de troubles de comportement sérieux; de risque sérieux d'être victime de négligence, d'abus sexuels ou d'abus physiques.

lieu de naissance. Tout endroit dans lequel une personne accédant aux soins et services peut donner naissance et être suivie par un prestataire de soins et services de son choix. Au Québec, on compte trois types de lieux de naissance : un centre hospitalier, une maison de naissance ou un domicile (Gouvernement du Québec, 2018).

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

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

maternité de substitution. Processus par lequel une personne porte une grossesse pour une autre personne.

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

nouveau-né. Enfant entre le moment de sa naissance et le vingt-huitième jour de sa vie.

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

parent. Personne qui a la charge légale d'un ou de plusieurs enfants ou jeunes et qui a un devoir de surveillance, d'éducation, de soins et d'entretien envers ceux-ci jusqu'à leur majorité. D'autres responsabilités sont définies légalement et font référence notamment à l'autorité parentale et à la responsabilité civile.



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

partenaire de vie. Personne significative qui accompagne la personne qui donnera naissance dans les soins et services qu'elle reçoit. Le terme est inclusif de tout type de partenaire. Il peut être utilisé, parfois de manière interchangeable, avec le terme « personne proche aidante », selon les contextes de vie des (futurs) parents.

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

personne accédant aux soins et services. Toute personne, peu importe son identité du genre, qui peut faire l'expérience d'une grossesse et de la naissance d'un enfant, ainsi que toute personne qui ne s'identifie pas comme le parent de l'enfant (p. ex., comme dans les cas de maternité de substitution). Selon le contexte du critère dans lequel il est placé, il est également possible d'utiliser « personne ayant donné naissance ».

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

personne responsable d'un jeune en milieu de type familial. Adulte qui fournit un foyer sécuritaire et stable à un jeune qui ne peut pas vivre avec sa famille de naissance parce que sa sécurité ou son développement est compromis. Parfois appelée parent d'accueil, la personne responsable d'un jeune en milieu de type familial crée un milieu stimulant et favorable. Elle peut ou non être un membre de la famille élargie.

placement en famille d'accueil. Placement généralement fait à la suite d'un retrait temporaire du milieu familial, en situation urgente, et qui consiste à confier le jeune dont la sécurité ou le développement est compromis à un milieu substitut. Le jeune peut être placé par un établissement de

protection de la jeunesse, volontairement par ses parents ou par les personnes qui en sont responsables, ou en vertu d'une ordonnance du tribunal.

placement informel dans la famille élargie. Dispositions prises par les parents et les autres membres de la famille pour placer le jeune sans intervention des services de protection de la jeunesse ou du système des tribunaux de la jeunesse. En vertu de ce type de dispositions, les parents continuent à avoir la garde légale du jeune et ont le droit de reprendre ce dernier en tout temps.

placement officiel dans la famille élargie. Placement à l'extérieur du domicile dans le cadre duquel des dispositions d'hébergement volontaires ou approuvées par le tribunal sont établies pour la prise en charge d'un jeune par des membres de la famille ou, parfois, des amis proches de la famille. La préférence est donnée à la prise en charge par la parenté, puisqu'elle aide le jeune à maintenir des liens avec sa famille et à préserver la sécurisation culturelle. Le placement officiel dans la famille élargie comprend de la formation, un processus d'autorisation et des services de soutien

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

plan de soins et services individualisé. Plan de soins et de services élaboré en collaboration avec l'utilisateur et les personnes proches aidantes. Ce plan est établi en fonction des objectifs, capacités et préférences de l'utilisateur. On y décrit les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe et la façon dont participeront les autres équipes au sein et à l'extérieur de l'établissement. Le plan de soins et services individualisé est élaboré selon les antécédents de l'utilisateur, les évaluations en cours, les résultats de diagnostic, et les plans antérieurs.

plan intégré d'amélioration de la qualité. Série d'étapes documentée avec les équipes qui a pour but d'améliorer la qualité des soins et des services. Le plan comprend les objectifs à atteindre et les indicateurs de mesures ainsi que les actions qui seront entreprises.

politique. Document qui encadre les règlements administratifs et les procédures précisant les lignes de conduite d'un établissement. Les rôles et les responsabilités sont précisés et doivent être respectés par l'ensemble de la main-d'œuvre.

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

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

procédure. Série d'étapes documentées pour effectuer une tâche qui se rattache souvent à une politique. Les procédures sont normalisées et fondées sur des données probantes.

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

projet de vie. Projection des conditions de vie sociale et familiale jugées les plus aptes à répondre aux besoins du jeune et à lui offrir des liens continus et un milieu d'appartenance dans une optique de permanence. Il existe plusieurs types de projets de vie, notamment les projets de vie privilégiés, soit le maintien ou le retour du jeune dans son milieu familial et les projets de vie alternatifs, qui comprennent le placement du jeune jusqu'à sa majorité auprès d'une personne significative, l'adoption du jeune, la tutelle au jeune, l'hébergement du jeune jusqu'à sa majorité dans une famille d'accueil, l'hébergement du jeune dans une ressource offrant des services spécifiques et le projet de vie axé sur l'autonomie du jeune.

protection de la jeunesse. Services fournis par des établissements publics ayant pour objet d'assurer la protection des jeunes et de favoriser la stabilité de leurs conditions de vie. En général, leurs rôles consistent à recevoir les signalements de jeunes dont la sécurité et le développement pourraient être compromis; à évaluer les situations, de concert avec les jeunes, leur famille et d'autres ressources le cas échéant et à définir un plan d'intervention pour assurer la protection des jeunes et s'assurer que leurs droits sont respectés. Les services consistent aussi à offrir du soutien fondé sur les forces pour aider les familles à préserver l'intégrité de leur cellule et à réduire les risques dans les situations où le jeune a été retiré de la famille. L'objectif final est de rendre la réunification possible dès que la sécurité et le développement du jeune ne sont plus compromis ou menacés.

qualité de vie. Sentiment de bien-être d'une personne et expériences dans la vie dans le contexte de sa culture et de ses systèmes de valeurs ainsi que par rapport à ses objectifs, ses attentes et ses préoccupations. La qualité de vie est un concept très large qui est affecté de manière complexe par la santé physique d'une personne, son état psychologique, ses croyances personnelles et spirituelles, ses préoccupations existentielles, ses relations sociales et sa relation avec les caractéristiques saillantes de son environnement (Organisation mondiale de la santé, 2019 ; Cohen et coll., 2016).

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

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

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

sécurisation culturelle. Résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé et s'efforce d'y remédier. Il en résulte un environnement exempt de racisme et de discrimination, où les gens se sentent en sécurité lorsqu'ils reçoivent et prodiguent des soins et services et interagissent avec le système de santé (Régie de la santé des Premières Nations, 2016). Un environnement culturellement sécuritaire en est un qui est

physiquement, socialement, émotionnellement et spirituellement sécuritaire, sans obstacle, ignorance ou déni de l'identité d'une personne (Turpel-Lafond, 2020). Pour pratiquer la sécurisation culturelle, il faut connaître les événements coloniaux, sociopolitiques et historiques qui déclenchent les disparités en matière de santé et perpétuent et maintiennent le racisme et les inégalités de traitement (Allan et Smylie, 2015).

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

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

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

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

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



trajectoire de soins et services. Intervention de conception conjointe pour la prise de décision mutuelle et l'organisation de la prestation de soins et services pour un groupe d'utilisateurs bien défini pendant une période bien définie (Schijvers et coll., 2012). Les trajectoires réduisent les variations inutiles dans les soins et services et les résultats des utilisateurs.

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

utilisateur. Personne qui participe et bénéficie des systèmes de soins et services de santé à titre de coproducteur. Selon le milieu ou le contexte de prestation des soins et services de santé, le terme « utilisateur » peut faire référence à un nouveau-né, un jeune, une famille, une personne accédant aux soins et services ou une personne proche aidante. Lorsqu'un établissement n'offre pas de soins ou services directement aux personnes, l'« utilisateur » désigne la communauté ou la population qu'il dessert. Dans le cadre de ce manuel, les termes « nouveau-né », « parent du nouveau-né », « jeune » et « famille » sont utilisés comme synonyme d'« utilisateur » selon le milieu de soins en question.



Chapitre 1: Excellence des soins et services

Contexte

Ce chapitre vise l'excellence des soins et services au niveau des gestionnaires du programme-services. Ce chapitre porte sur l'organisation des soins et services, l'aide à la décision clinique, les compétences de l'équipe, la gestion adéquate des ressources, la gestion des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services, l'atteinte des objectifs, et le développement d'une culture d'amélioration continue de la qualité.

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

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

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

Conseils

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



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

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

Conseils

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

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

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

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

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

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

Conseils



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

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

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

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

Conseils

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

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

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

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



Conseils

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

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

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

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

Conseils

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



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

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

Conseils

L'approche collaborative et interdisciplinaire se traduit par des soins centrés sur la personne. Elle prévoit des mécanismes pour assurer l'arrimage des pratiques entre les prestataires de soins et services et des pratiques professionnelles normalisées. Elle tient compte des connaissances et expériences diversifiées et respecte les exigences réglementaires. L'approche tient compte des besoins des usagers et des personnes proches aidantes et de la complexité de leurs situations.

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

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

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

POR

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

Test(s) de conformité

1.1.8.1 Les gestionnaires du programme-services s'assurent qu'il existe une stratégie de cheminement des usagers à l'échelle de l'établissement qui correspond aux besoins des populations qu'il dessert.

Conseils

Le cheminement des usagers tient compte du déplacement des personnes dans un établissement, au sein de l'établissement, à l'extérieur de l'établissement et entre les établissements. Il est essentiel de tenir compte du cheminement complet des usagers à partir du point de départ jusqu'à la



fin, puisque les obstacles rencontrés à divers moments peuvent entraîner des répercussions importantes sur les autres aspects des soins ou des services.

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

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

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

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

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

1.1.8.2 Les gestionnaires du programme-services veillent à ce qu'il y ait un plan d'action opérationnel qui s'harmonise avec la stratégie de cheminement des usagers de l'établissement.

Conseils

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

Les rôles et les responsabilités devraient également s'étendre aux partenaires de l'établissement afin de faciliter la transition harmonieuse des usagers vers le type et le niveau de soins et service les plus



appropriés. À titre d'exemples, il peut s'agir de soins et services offerts à domicile, en communauté ou en réadaptation, et au sein d'établissements de soins de longue durée.

Le plan d'action opérationnel identifie les cibles pour le cheminement des usagers qui sont éclairées par des données probantes, basées sur des références comparatives internes et externes, et alignées sur les pratiques optimales et les objectifs de cheminement des usagers d'établissements comparables. Des cibles spécifiques peuvent être identifiées pour les données relatives au cheminement des usagers, comme le temps de transfert des usagers à un lit en milieu hospitalier à la suite d'une décision d'admission; la durée du séjour aux soins et services des urgences pour les usagers non admis; le transfert des usagers vers des établissements de soins de longue durée; et les temps d'attente pour la chirurgie, les soins et services à domicile, la santé mentale et les soins et services de traitement des dépendances. Les indicateurs doivent être évalués régulièrement pour s'assurer qu'ils sont pertinents.

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

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

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

Conseils

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

Les protocoles doivent surveiller et fournir des conseils sur la façon de gérer les arrérages, les obstacles et les périodes de pointe. Dans les



établissements de soins et services de courte durée, cela peut inclure les périodes de pointes des urgences et la gestion des lits. Dans les milieux communautaires, cela peut inclure la gestion de la liste d'attente, la gestion de la charge de travail et des cas, et la durée du séjour en fonction des besoins.

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

Conseils

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

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

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

- 1.1.8.5 Les gestionnaires du programme-services rendent régulièrement compte des progrès réalisés par rapport à la stratégie de cheminement des usagers à l'instance de gouvernance, au personnel, aux usagers et aux personnes proches aidantes, à la communauté et aux autres parties prenantes.

Conseils

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

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

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



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

Conseils

Considérant sa portée transversale, les gestionnaires portent une attention particulière au Plan d'action régional de santé publique. Il peut s'agir de soins et services par un même programme-services ou par d'autres différents au sein de l'établissement ou au sein de la communauté, incluant les services de télésanté. L'information peut viser la promotion des soins et services, la prévention, les ressources d'aide et de soutien, le traitement, la réadaptation, l'hébergement ou les soins et services de fin de vie.

L'information peut être présentée sous forme d'index de ressources précisant entre autres la nature des services et les modalités d'accès, et est adaptée aux clientèles ciblées.

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

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

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

Conseils

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

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

Les trajectoires liées au programme-services répondent aux besoins et aux attentes des usagers. Elles définissent le cheminement des usagers tout au long du continuum de



soins et services en fonction de tableaux cliniques, des durées requises de soins et services et des délais d'intervention acceptables. Des objectifs et des indicateurs précis sont définis afin de mesurer la pertinence et l'efficacité des trajectoires. Les gestionnaires et les membres de l'équipe mobilisent l'ensemble des prestataires de soins et services afin de concevoir des trajectoires optimales selon les champs de pratiques et l'expertise de chacun. Les trajectoires de soins et services sont mises en œuvre, les objectifs et les indicateurs sont suivis et les actions sont ajustées au besoin.

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

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

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

Conseils

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

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

Les gestionnaires du programme-services et les membres de l'équipe collaborent avec les partenaires afin de déterminer l'information appropriée et les outils de communication



à utiliser. Ils utilisent diverses méthodes d'évaluation afin de s'assurer que l'information fournie répond aux besoins des clientèles ciblées.

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

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

Conseils

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

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

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

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

Conseils

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

Les obstacles qui empêchent les usagers d'accéder aux soins et services comprennent les enjeux liés au coût des soins et services, la disponibilité, l'accessibilité, la situation



géographique, la langue, la stigmatisation, la discrimination et le manque de sécurisation culturelle lors des soins et services.

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

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

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

Conseils

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

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

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

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

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



Conseils

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

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

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

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

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

Conseils

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

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



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

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

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

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

Conseils

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

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



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

Conseils

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

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

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

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

1.1.19

POR

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

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



Test(s) de conformité

- 1.1.19.1 Les gestionnaires du programme-services s'assure de l'adhésion de l'équipe aux procédures organisationnelles afin de réduire les risques de sécurité et assurer un environnement sécuritaire pour tous.

Conseils

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

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

- 1.1.19.2 Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que l'équipe reçoive une formation et un enseignement appropriés afin de fournir des services sécuritaires de prévention du suicide.

Conseils

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

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



- 1.1.19.3 Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'équipe effectue un repérage normalisé du risque suicidaire, en utilisant des outils fondés sur des données probantes fournis par les gestionnaires de l'établissement.

Conseils

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

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

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

- 1.1.19.4 Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que l'équipe oriente les usagers dont le résultat au repérage du risque de suicide s'avère positif vers une personne qui détient les compétences requises pour réaliser une évaluation du risque suicidaire et mettre en place un plan de sécurité approprié.

Conseils

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



un membre compétent de l'équipe qui possède les compétences, les attitudes et les comportements nécessaires afin d'effectuer l'évaluation du risque suicidaire. L'équipe souscrit les lignes directrices appropriées pour orienter les cas vers l'expert en la matière, en veillant à ce que le processus soit opportun et exhaustif, et qu'il soit basé sur le niveau de risque identifié lors du repérage.

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

- 1.1.19.5 Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que l'équipe élabore un plan de sécurité individualisé, fondé sur les objectifs, les capacités et les préférences de l'utilisateur.

Conseils

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

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



Le plan de sécurité individualisé est fondé sur les besoins et le niveau de risque de l'utilisateur et peut inclure une recommandation de transition des soins et services. L'objectif sous-jacent du plan de sécurité est d'assurer le soutien continu et la sécurité de l'utilisateur.

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

- 1.1.20 **POR** Les gestionnaires du programme-services s'assurent qu'une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des soins et services à domicile.

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

Conseils

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

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

Les résultats de l'évaluation servent à définir les interventions à réaliser pour assurer la sécurité des usagers et des membres de l'équipe, le cas échéant. Ces interventions sont intégrées aux plans de soins et services individualisés et sont communiquées aux



usagers, aux personnes proches aidantes, aux familles ainsi qu'aux prestataires de soins et services.

Test(s) de conformité

- 1.1.20.1 Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début de la planification des soins et services.
- 1.1.20.2 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile porte sur l'environnement physique intérieur et extérieur. Elle permet de vérifier la salubrité et la sécurité des lieux, à partir d'une grille commune utilisée par les différentes équipes. Les risques suivants sont considérés, à différents moments de l'intervention et selon le contexte clinique:
- les risques liés à l'état de santé physique et mentale de l'usager tels que la prise de médicaments, les troubles de santé ou les situations sociales nécessitant plus de surveillance et la présence de déficiences;
 - les risques liés aux soins de base tels que les soins d'hygiène, l'entretien domestique et la préparation des repas;
 - les risques liés à l'isolement social; les risques de chutes;
 - les risques liés aux expositions chimiques et biologiques ainsi que ceux liés aux incendies;
 - la capacité à se mobiliser lors de situations d'urgence et de sinistres.
- 1.1.20.3 L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée dans le cadre de la planification et de la prestation des soins et services aux usagers. Elle est communiquée aux partenaires qui participent à la prestation de soins et services à domicile.
- 1.1.20.4 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les soins et services offerts à l'usager.



1.1.20.5 Les usagers, les personnes proches aidantes et les familles reçoivent de l'information concernant les enjeux de sécurité à domicile identifiés lors de l'évaluation des risques et des interventions qui sont réalisées afin de réduire voire éliminer les risques à la sécurité.

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

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

Conseils

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

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

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

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



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

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

Conseils

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

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

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

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

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

Conseils

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



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

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

Conseils

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

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

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

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

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

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

Conseils

Les gestionnaires du programme-service, en collaboration avec les gestionnaires de l'établissement concernés, s'assurent de faire évaluer l'éthique de tous projets de recherche impliquant des participants humains ou des données personnelles selon les



modalités prévues au cadre éthique de recherche de l'établissement. Le cadre éthique de recherche de l'établissement assure la conformité avec les normes éthiques nationales, s'applique à tout chercheur institutionnel ou externe et permet l'examen des projets de recherche proposés par un comité d'éthique de la recherche. Les membres de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes, sont au courant de l'existence de ce cadre éthique de recherche et savent comment obtenir plus de renseignements à son sujet s'ils ne sont pas déjà familiers avec celui-ci.

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

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

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

Conseils

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

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

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

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



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

Conseils

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

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

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

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



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

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

Conseils

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

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

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

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

Conseils

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

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



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

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

Conseils

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

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

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

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

Conseils

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

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



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

- l'orientation lors de l'accueil de la nouvelle main-d'œuvre, qui peut également être offerte aux usagers, aux personnes proches aidantes, aux apprenants, à la main-d'œuvre indépendante et aux usagers-partenaires, portant sur la mission, la vision et les valeurs de l'établissement; le cadre éthique et le code de conduite de la main-d'œuvre de l'établissement; l'approche de soins centrés sur la personne; les droits des usagers et la façon d'intégrer les usagers dans la planification de soins et services; le rôle de la direction de la santé publique;
- l'approche de gestion intégrée de la qualité de l'établissement, soit l'amélioration continue de la qualité, la gestion des incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire des soins et services et l'utilisation efficiente des ressources;
- des activités d'apprentissage continues sur des thématiques à portée transversale en cours d'emploi : l'hygiène des mains, les mesures d'urgence, la prévention et le contrôle des infections, la formation à la diversité culturelle, et la prévention de la violence en milieu de travail;
- des activités de développement professionnel pour la main-d'œuvre pour actualiser, parfaire, innover et sécuriser les pratiques, notamment sur les données probantes, l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, de même que de nouveaux équipements et outils informatiques ainsi que de nouvelles fournitures;

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

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

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

Conseils

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

Des ressources visant les pratiques sécuritaires, comme les soins de la peau, la prévention des chutes et la prévention du suicide, permettent d'appuyer les membres de



la main-d'œuvre dans l'exercice de leurs fonctions et l'élaboration du plan de soins et services individualisé. La main-d'œuvre peut y faire appel au besoin ou sur une base statutaire, selon l'organisation du travail.

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

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

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

Conseils

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

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

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

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

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



désignée et dûment signés par les deux parties, en accord avec la procédure organisationnelle.

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

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

Conseils

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

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

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

Conseils

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



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

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

Conseils

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

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

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

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

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



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

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

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

Conseils

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

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

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

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficienc**e | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

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

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



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

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

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

Conseils

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

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

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

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

Conseils

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



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

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

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

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

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

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

Conseils

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



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

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

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

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

Conseils

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

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

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



Conseils

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

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

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

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

Conseils

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

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



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

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

Conseils

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

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

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

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

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

Conseils

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



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

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

Conseils

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

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

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

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

Conseils

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



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

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

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

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

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

Conseils

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

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

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



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

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

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

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

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

Conseils

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

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



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

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

Conseils

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

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

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

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

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

Conseils

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



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

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

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

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

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

Conseils

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



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

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

Conseils

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

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

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

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

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

Conseils

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

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



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

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

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

Conseils

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

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

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

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

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

Conseils



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

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

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

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

Conseils

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

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



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

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

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

Conseils

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

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



Chapitre 2: Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)

Contexte

Ce chapitre porte sur l'évaluation des soins et services en périnatalité entre la 28^e semaine de grossesse et le 7^e jour suivant la naissance du nouveau-né, dans les unités de périnatalité, les maisons de naissance et à domicile. Ce chapitre présente également l'orientation des transferts vers d'autres soins et services spécialisés ou d'un palier supérieur au besoin. L'évaluation de ce chapitre s'appuie sur les orientations ministérielles et les meilleures pratiques en périnatalité, telles que le Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028 et l'Initiative Amis des bébés (IAB).

2.1 **Épisodes de soins et services - Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)**

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

POR

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

Test(s) de conformité

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

Conseils

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



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

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

2.1.2 L'équipe entretient des relations respectueuses avec la personne accédant aux soins et services en périnatalité et les personnes proches aidantes.

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

Conseils

Les membres de l'équipe favorisent des relations respectueuses, ouvertes et transparentes avec la personne accédant aux soins et services et les personnes proches aidantes :

- en se présentant et en expliquant leur rôle;
- en demandant la permission avant de prodiguer des soins et services et en expliquant les raisons;
- en utilisant un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations ou en rassurant la personne le cas échéant;
- en favorisant les conversations ouvertes et transparentes avec celle-ci et son ou sa partenaire de vie pour soutenir une approche de soins centrés sur la personne;



- en assurant une écoute active et une prise en compte de toute question ou toute rétroaction.

2.1.3 L'équipe respecte les croyances culturelles et spirituelles, le style de vie, ainsi que l'identité du genre de la personne accédant aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Il est question ici de reconnaissance de la personne en tant que personne à part entière, digne de respect, d'écoute, de soutien, et de compréhension.

De plus, il faut souligner que le respect de l'identité du genre se doit d'être fait en tout temps, même lorsque la personne accédant aux soins et services n'est pas présente. Ce respect peut se traduire par l'utilisation de libellés inclusifs, la correction des pronoms dans le dossier santé s'il y a lieu ou lors de conversations avec d'autres membres de la main-d'œuvre, et le fait de ne pas porter de jugements. Le cas échéant, le respect s'étend également au partenaire de vie de la personne accédant aux soins et services.

2.1.4 L'équipe confirme les pronoms ainsi que le nom de la personne accédant aux soins et services en périnatalité dans le cadre du processus d'accueil.

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

Conseils

Lorsqu'une personne accédant aux soins et services n'a pas précisé ses pronoms, un membre de l'équipe propose d'abord ses propres pronoms et demande en privé à chaque personne accédant aux soins et services ceux qu'elle utilise ou préfère. Cela doit être fait même si le sexe de la personne semble évident. Les pronoms peuvent inclure elle, il ou lui, ou d'autres néo pronoms comme « iel » ou « ellui ». Les membres de l'équipe corrigent ceux qui n'utilisent pas les bons pronoms ou noms de la personne accédant aux soins et services. L'équipe utilise également la terminologie préférée de la personne accédant aux soins et services pour référer à ses parties du corps. Enfin, les pronoms et le nom choisis de la personne accédant aux soins et services sont consignés dans leur dossier santé.



2.1.5 L'équipe respecte la procédure organisationnelle qui vise la confidentialité de la personne accédant aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Le respect de la vie privée s'étend également au partenaire de vie et au nouveau-né. Le respect de la procédure organisationnelle doit s'effectuer en tout temps et en relation à tout soin ou service.

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

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

Conseils

Les membres de l'équipe incluent la main-d'œuvre de l'établissement participant à la prestation des soins et services concernés, la personne y accédant, le partenaire de vie, et toute autre personne jugée nécessaire. Un langage clair et compréhensible est utilisé pour toute communication, incluant celui utilisé lors d'une urgence ou d'une situation critique.

2.1.7 L'équipe s'assure que la personne accédant aux soins et services en périnatalité participe à part égale et de façon active dans les processus décisionnels vis-à-vis ses soins et services.

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

Conseils

L'équipe s'assure de la compréhension de l'information présentée tout au long du continuum de soins et services. La prise de décisions partagée est un processus structuré selon lequel les prestataires de soins et services collaborent avec la personne y accédant afin qu'elle prenne des décisions fondées sur des données probantes et que ses valeurs et ses préférences soient intégrées à ces décisions.



Pour les nouveau-nés prématurés ou qui nécessitent des soins et services néonataux, les parents sont soutenus et encouragés à être les personnes proche aidantes principales.

2.1.8 L'équipe s'assure que la personne accédant aux soins et services en périnatalité peut être accompagnée par la ou les personnes de son choix.

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

Conseils

Les membres de l'équipe accueillent la ou les personnes proche aidantes, quelles qu'elles soient. Il peut s'agir de co-parents, de partenaires de vie, de jeunes, de doulas, de sages-femmes, de sages-hommes ou d'autres personnes. C'est le droit de la personne accédant aux soins et services de choisir cette ou ces personnes, conformément à la politique organisationnelle sur les visites, soit le respect du nombre maximum de personnes proche aidantes permises en salle d'accouchement, ou du nombre de visites restreint en temps de pandémie, par exemple. Un processus ou une démarche qui permet de régler les conflits entre la personne accédant aux soins et services et ses accompagnateurs concernant le niveau souhaité de participation est bien connu et appliqué par les membres de l'équipe.

Les parents ont un accès illimité à leur nouveau-né, à moins d'indications contraires, comme dans le cas d'une intervention de la part d'une agence de protection de l'enfance. Ainsi, la cohabitation des parents et du nouveau-né est assurée pendant toute la durée du séjour. À noter que la cohabitation inclut la présence des parents lors d'interventions auprès du nouveau-né.

2.1.9 L'équipe détermine les besoins de la personne accédant aux soins et services en périnatalité lors de l'évaluation initiale.

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

Conseils

L'évaluation des besoins est effectuée le plus tôt possible et est éclairée par l'historique et la condition clinique actuelle de la personne accédant aux soins et services, ainsi que



par les informations obtenues lors des transferts, s'il y a lieu. L'évaluation est guidée par une approche structurée et considère les besoins biopsychosociaux de la personne accédant aux soins et services.

2.1.10 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique tout au long du continuum de soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Les outils sont normalisés et adoptés par l'ensemble de l'équipe et, s'il y a lieu, dans l'ensemble de l'établissement. Les outils 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 normalisés présente des avantages tant pour la personne accédant aux soins et services que pour les prestataires. Parmi ces avantages, on compte une efficacité, une précision, une cohérence et une fiabilité accrues, ainsi que la possibilité d'une communication entre la personne accédant aux soins et services et les prestataires.

Les outils d'aide à la décision clinique utilisés varieront selon les besoins de la personne accédant aux soins et services et selon le type et la gamme de soins et services prodigués. Ces outils utilisés sont fondés sur des données probantes et pertinents pour les soins et services offerts.

2.1.11 L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé qui tient compte des préférences de la personne accédant aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Le plan de soins et services individualisé prend en compte la situation clinique et les ressources disponibles, et repose sur les résultats de l'évaluation des besoins de la personne accédant aux soins et services. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des équipes provenant d'autres programmes-services ou d'autres établissements, ainsi que de la personne accédant aux soins et services et de leurs personnes proche aidantes. Il comprend également des renseignements détaillés sur les



antécédents, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments de la personne accédant aux soins et services, y compris les problèmes ou les réactions indésirables aux médicaments.

Le plan comprend le lieu de la prestation des soins et services et la fréquence de ceux-ci, incluant les délais prévus avant leur début le cas échéant, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des soins et services, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin de ceux-ci, s'il y a lieu.

Les besoins et les préférences exprimés par la personne accédant aux soins et services, ainsi que les options pour ceux-ci, font l'objet de discussions avec cette personne ainsi qu'avec son ou sa partenaire de vie. L'équipe participe à une prise de décisions partagée qui tient compte des résultats attendus pour la personne accédant aux soins et services et des risques et bienfaits liés aux options.

Les sujets abordés dans le plan de soins et services individualisé peuvent comprendre :

- les stratégies de prise en charge de la douleur, y compris les impacts possibles des choix pharmacologiques sur l'allaitement et les façons proposées par l'équipe pour réduire ces impacts, le cas échéant;
- les décisions relatives à l'alimentation du nouveau-né, y compris les renseignements sur les services disponibles et ceux sur l'allaitement et la lactation en fonction de leur situation, tels les options pour tirer le lait maternel et l'accès à la banque de lait;
- les soins auto-administrés, y compris le sommeil, le bain et l'alimentation;
- les préférences liées à la religion et à la culture;
- la confidentialité, y compris en ce qui concerne les visiteurs;
- les épreuves diagnostiques et les traitements.

2.1.12 L'équipe soutient les pratiques culturelles et spirituelles ainsi que les choix personnels de la personne accédant aux soins et services en périnatalité pendant l'élaboration du plan de soins et services individualisé.

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

Conseils

La prestation de soins et services prend en compte les pratiques culturelles ou spirituelles qui peuvent être importantes pour la personne accédant aux soins et services et son ou sa partenaire de vie, tout en évitant tout effet négatif sur la main-d'œuvre ou les autres personnes y accédant. Un exemple d'une telle pratique est la purification par



la fumée. Les raisons spirituelles ou culturelles pour refuser les soins et services sont respectées.

Des efforts sont faits pour permettre l'utilisation de pratiques médicales complémentaires, parallèles ou traditionnelles. On ne s'attend pas à ce que l'établissement fournisse l'ensemble de ces services, mais leur accès ne doit pas être entravé.

Les choix personnels peuvent inclure ceux concernant les moyens de gestion de la douleur, ou de l'alimentation des nourrissons. Cependant, ils relèvent de la responsabilité de l'établissement d'indiquer clairement les cas où il ne peut pas raisonnablement garantir la conformité aux souhaits, comme dans le cas d'une personne accédant aux soins et services qui demande de n'être traitée que par une femme. Ce ne sont pas tous les établissements qui peuvent raisonnablement garantir cette particularité, et un énoncé à cet effet devrait donc être clairement communiqué.

- 2.1.13 L'équipe offre des conseils et de l'information à la personne accédant aux soins et services en périnatalité sur le soutien disponible pour les nouveau-nés prématurés ou ceux présentant des conditions cliniques inattendues.

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

Conseils

Cette démarche peut être guidée par des données probantes actualisées et des réglementations locales. La conversation doit porter sur les résultats et les capacités locales, ainsi que sur les possibilités de transfert vers un palier de soins supérieur ou vers un autre établissement, le cas échéant. Les renseignements peuvent également porter sur les attentes en matière de production de lait, de contact peau à peau, de méthode kangourou, d'allaitement une fois le nouveau-né en état stable, d'expression du lait maternel, de collecte du colostrum et de l'accès aux banques de lait.

Les parents de nouveau-nés prématurés ou présentant des conditions cliniques inattendues ont souvent besoin aussi d'un soutien psychologique ou d'interventions psychosociales.

- 2.1.14 L'équipe respecte la volonté de la personne accédant aux soins et services en périnatalité d'y mettre fin, de les limiter, ou d'être transférée vers un autre prestataire de soins et services.



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

Conseils

La personne accédant aux soins et services peut, en tout temps et à tout moment, demander de poursuivre ceux-ci avec un autre prestataire ou une autre équipe. Un effort doit être fait pour comprendre le raisonnement derrière la demande, afin d'accommoder celle-ci de manière appropriée. Cependant, on ne doit pas y donner suite si la demande est motivée par des propos discriminatoires ou des préjugés sur le statut du prestataire tel que son genre, sa nationalité, ou sa religion.

La prise de décisions partagée au sujet d'un transfert se fait en consultation avec les personnes proche aidantes ou le mandataire de la personne accédant aux soins et services, et tient compte de la capacité de cette personne de prendre des décisions. Les risques, de même que la disponibilité potentielle liés au transfert, ainsi que les autres services communautaires accessibles après le transfert sont examinés avec la personne accédant aux soins et services et ses personnes proche aidantes.

Un cadre d'éthique ou décisionnel fondé sur les valeurs est utilisé pour travailler avec la personne accédant aux soins et services qui a choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Si cette personne souhaite continuer d'obtenir des soins et services et si ceux-ci vont à l'encontre des recommandations de l'équipe ou vont au-delà de la capacité de l'établissement, un cadre d'éthique ou décisionnel fondé sur les valeurs est utilisé afin de parvenir à un résultat juste et équitable pour tous. De plus, un éthicien peut soutenir l'équipe dans les cas où des décisions difficiles doivent être prises.

- 2.1.15 L'équipe partage des renseignements complets avec la personne accédant aux soins et services en périnatalité pour lui permettre de prendre des décisions éclairées à cet effet.

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

Conseils

Le partage de renseignements détaillés et complets est essentiel pour pouvoir prendre des décisions partagées et effectuer des choix éclairés. Les renseignements sont fournis en fonction de ce qui est pertinent pour la situation et peuvent comprendre les bénéfices, les risques et les résultats possibles des options de soins et services fondées sur des données probantes et la façon de se préparer aux épreuves diagnostiques et aux



procédures. Les renseignements sont partagés en temps opportun et sont consignés dans le dossier santé. Il est crucial que les renseignements soient partagés de façon à ce que la valeur de l'intégrité de la personne accédant aux soins et services soit considérée de manière équivalente à celle du fœtus ou du nouveau-né. Cela est essentiel pour éviter toute forme de pression coercitive de la part des équipes afin d'induire la personne accédant aux soins et services à accepter une procédure suggérée, notamment si elle ressent de la peur ou de l'anxiété face à l'état de santé anticipé du nouveau-né.

Au moment de fournir des renseignements à la personne accédant aux soins et services et à son ou sa partenaire de vie, le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, la capacité ainsi que la langue et la culture sont pris en compte. Des processus de vérification de la compréhension adaptés sont utilisés.

Des outils et des ressources sont offerts à la personne accédant aux soins et services pour l'aider à gérer elle-même son état de santé, tels qu'un plan d'action, des jeux de rôles, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe. Les sujets de formation sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation (notamment celle des nouveau-nés), les techniques de gestion des symptômes, les facteurs de risque, la gestion de la fatigue et du sommeil, la gestion des médicaments, la gestion des émotions (y compris l'éducation sur les pleurs persistants du nouveau-né et le syndrome du bébé secoué), les changements sur le plan cognitif et de la mémoire, la formation en communication avec des prestataires de soins et services et d'autres personnes, ainsi que la prise de décisions liées à des questions de santé.

- 2.1.16 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité de la personne accédant aux soins et services en périnatalité à donner son consentement éclairé, à choisir un soin ou à le refuser.

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

Conseils

L'évaluation de la capacité à donner son consentement se fait de façon continue par le prestataire le plus responsable, conformément à la procédure organisationnelle.

Dans le cadre de la prise de décisions, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre les renseignements pertinents à la prise de décisions, prévoir les



conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier. Le consentement offert est validé en invitant la personne l'ayant donné à répéter ce à quoi elle consent.

Les lois pancanadiennes et régionales sont respectées en ce qui concerne l'obtention du consentement auprès des enfants. Les personnes jugées inaptes à donner leur consentement sont associées dans toute la mesure du possible aux décisions qui concernent les services qu'elles reçoivent, selon leur droit d'être informées.

2.1.17 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où la personne accédant aux soins et services en périnatalité est jugée inapte.

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

Conseils

L'équipe et les gestionnaires coopèrent lorsque le consentement éclairé pose un problème afin de suivre la procédure conformément aux lois applicables.

Le mandataire de la personne accédant aux soins et services est consulté lorsque cette dernière n'est pas en mesure de prendre des décisions elle-même.

Une directive préalable est utilisée, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits de la personne accédant aux soins et services. Dans ce cas, le mandataire de la personne 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 options qui s'offrent à elle. Le mandataire de la personne peut être désigné selon la loi applicable ou peut être un représentant choisi par la personne.

Si le consentement est donné par un mandataire de la personne accédant aux soins et services, son nom, son lien avec cette personne, ainsi que la décision prise, sont consignés dans le dossier santé de celle-ci.

Lorsqu'il s'agit d'enfants, le consentement éclairé est donné par l'enfant, le parent, ou le mandataire, et est inscrit au dossier santé avant la prestation de soins et services. Le processus de consentement comprend la participation des enfants, dans la mesure du possible, aux décisions concernant leur soin ou service, leur intervention ou leur traitement, et la prise en compte de leurs questions et de leur contribution.



2.1.18 L'équipe consigne le consentement éclairé sur une base continue tout au long du continuum de soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Le processus conduisant au consentement éclairé comprend les étapes suivantes :

- examiner les renseignements sur les soins et services avec la personne accédant aux soins et services, les personnes proche aidantes ou le mandataire de cette personne;
- informer la personne accédant aux soins et services des possibilités, des solutions de rechange, des conséquences possibles si le soin ou service n'est pas effectué, et leur laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de demander un consentement;
- respecter les droits, la culture et les valeurs de la personne accédant aux soins et services, y compris le droit de refuser de donner son consentement à tout moment;
- consigner la décision dans le dossier santé, qu'elle ait été obtenue de façon verbale ou écrite.

Le processus de consentement est itératif et continu, avant chaque intervention ou procédure, pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, dans le post-partum immédiat, aux heures de transition et au moment du congé ou d'un transfert.

Toute situation présentant un risque immédiat de préjudice grave pour la vie ou l'intégrité de la personne accédant aux soins et services ou du nouveau-né est considérée comme une urgence. Dans un cas d'urgence où le consentement de la personne ou de son mandataire ne peut être obtenu en temps opportun, l'équipe peut agir sans consentement, mais ne peut prodiguer que les soins et services essentiels pour stabiliser la personne ou le nouveau-né. De plus, l'équipe doit demeurer consciente que la décision de la personne prévaut avant la naissance et tant et aussi longtemps que le fœtus n'est pas né, afin de ne pas compromettre l'intégrité de la personne accédant aux soins et services au profit de celle du fœtus.

Le consentement implicite intervient lors de la prestation de soins et services pour lesquels un consentement écrit n'est pas nécessaire, par exemple, lorsque la personne accédant aux soins et services arrive pour un rendez-vous, ou encore lorsque cette personne se présente avec un ou plusieurs problèmes de santé potentiellement mortels ou très urgents et nécessitent une réanimation immédiate. Même dans ces cas de consentement implicite, l'équipe explique ce qui se passe.



2.1.19 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour obtenir le consentement éclairé pour le nouveau-né dans le cadre des soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Le consentement au nom du nouveau-né est obtenu auprès d'un parent, d'un parent d'accueil (si une documentation officielle le montre), ou d'un mandataire. Lorsqu'un parent ou un mandataire refuse un soin ou service essentiel, le potentiel de menace pour le bien-être ou la vie du refus de ce soins ou service est expliqué en détail.

L'établissement se doit de respecter les lois en place sur l'imposition de traitements en cas d'urgence où la vie est menacée, ou si une décision de la Cour l'exige. La collaboration des services sociaux et des services éthiques peut être bénéfique dans de telles situations.

2.1.20 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer les droits et les responsabilités des personnes accédant aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Les droits des personnes accédant aux soins et services et ceux de leur partenaire de vie comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment leurs renseignements sont utilisés, le droit d'avoir accès à leur dossier santé et aux renseignements qui les concernent, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles, le droit de prendre des risques et de ne subir aucun mauvais traitement, aucune exploitation, aucune discrimination, ainsi que le droit de déposer une plainte et de signaler une violation de leurs droits.

Les droits des personnes accédant aux soins et services et de leur partenaire de vie en matière de prestation de soins et services comprennent ceux d'être avec leur nouveau-né, de refuser un soin ou service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation d'un soin ou service; de prendre part à tous les aspects d'un soins ou service et de faire des choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation d'un soin ou service; de remettre en question une décision relative au plan de soins et services individualisé ou de déposer une plainte; de participer ou de refuser de participer à une



recherche ou à des essais cliniques; de recevoir des soins et services sécuritaires et offerts par des personnes compétentes; et, de faire part de leurs inquiétudes quant à la qualité d'un soin ou service.

Les responsabilités des personnes accédant aux soins et services et celles de leur partenaire de vie comprennent le fait de traiter les autres avec respect, la communication de renseignements exacts, le signalement des risques pour la sécurité et la conformité aux réglementations.

Lorsqu'une personne accédant aux soins et services refuse les soins et services recommandés, un soutien complet est fourni, la conversation ou la discussion est documentée et cette personne doit signer un formulaire de refus de traitement.

2.1.21 L'équipe assure le respect des droits du nouveau-né dans la gestion et la prestation des soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Il est particulièrement important de protéger les droits des nouveau-nés puisqu'ils ne peuvent exprimer eux-mêmes leurs souhaits. Les nouveau-nés ont le droit à des soins et services sécuritaires et à la norme de santé la plus élevée possible. Ils ont également le droit d'être pris en charge par leurs parents. L'équipe assure une nutrition et une gestion de la douleur optimale pour le nouveau-né et évite les séparations injustifiées de ses parents, y compris lors de transitions des soins et services ou de transferts vers d'autres établissements. De plus, il est important que tous les soins et épreuves diagnostiques routinières auprès du nouveau-né, comme les injections de vitamine K ou le repérage des maladies métaboliques et héréditaires, soient effectués en présence des parents.

2.1.22 L'équipe adhère au cadre d'éthique de l'établissement pour traiter de façon proactive les questions d'ordres éthiques survenant lors de la prestation de soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Les questions d'ordres éthiques comprennent les cas où des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces



questions peuvent être complexes et mettre à risque le pronostic vital du nouveau-né ou de la personne accédant aux soins et services. Ces questions peuvent aussi être liées aux activités quotidiennes. Parmi les exemples, on compte les conflits d'intérêts, le respect du choix d'une personne accédant aux soins et services de vivre avec des risques, les demandes de retrait ou de cessation de certains soins ou services. Ces derniers comprennent aussi ceux de maintien en vie et les soins en fin de vie, y compris les interruptions tardives de grossesse. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans les cas où des décisions difficiles doivent être prises.

L'équipe suit un processus d'examen éthique pour déterminer quand il convient de faire participer une personne accédant aux soins et services dans une activité de recherche, conformément au cadre d'éthique de la recherche en vigueur de l'établissement.

2.1.23 L'équipe communique les possibilités de participation aux projets de recherche en cours aux parents du nouveau-né.

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

Conseils

Les parents du nouveau-né ont le droit d'être informés des possibilités de participer à des activités de recherche. Ils peuvent contribuer à ces projets soit à titre de participants ou à titre d'experts en la matière agissant comme chercheurs contributeurs ou cochercheurs. Les parents du nouveau-né souhaitant participer à des projets de recherche doivent être informés de ces activités et de la manière d'obtenir des informations supplémentaires sur les modalités de participation. Si la recherche fait partie du mandat de l'établissement, les équipes devraient être à l'affût des recherches en cours et offrir aux parents de nouveau-nés la possibilité d'y participer. Les équipes doivent également s'informer des possibilités de formation auprès des responsables de la recherche et des établissements associés sur la recherche orientée vers les nouveau-nés afin d'y participer et de soutenir la participation des parents et nouveau-nés.

2.1.24 L'équipe utilise une approche de soins et services en périnatalité adaptée à la prévention de traumatismes et de violences en milieux de naissance.

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

Conseils



Le trauma n'est pas associé de manière systématique à une pathologie ou un phénomène physique. Il arrive souvent qu'un traumatisme en milieu de naissance se rapporte au non-respect des demandes et souhaits de la personne accédant aux soins et services, ainsi qu'à un sentiment de n'avoir pas été respectée en tant que personne à part entière. La valeur et l'intégrité individuelle peuvent en être affectées. De plus, une approche adaptée aux traumatismes prend en compte les expériences ultérieures négatives que cette personne a pu vivre. Cela est particulièrement probant lorsque la personne accédant aux soins et services fait partie d'une ou de plusieurs communautés marginalisées et racialisées. L'adoption d'une telle approche envers les soins et services permet de diminuer le risque de violences en milieu de naissance.

De plus, une grossesse ou un accouchement traumatique aux yeux du parent peut augmenter la probabilité d'un trouble de l'humeur périnatal, ainsi que de troubles de l'anxiété et de dépression. Il convient de noter que la naissance prématurée ou l'accouchement d'un enfant malade peut être traumatisant et peut mettre en cause un large éventail de sentiments ressentis par le ou les parents, notamment le choc, l'incertitude, la tristesse, entre autres. Une grossesse ou un accouchement traumatique peut accroître les difficultés à créer des liens avec le nouveau-né et à s'identifier au rôle de parent.

2.1.25 L'équipe respecte les lois sur la maternité de substitution et l'adoption tout au long du continuum de soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Les lois peuvent varier selon le territoire de compétence et des ressources juridictionnelles peuvent être disponibles pour aider à gérer ces situations. L'entente individuelle de maternité de substitution est également respectée.

2.1.26 Les équipes suivent la procédure organisationnelle à l'occasion d'une mort fœtale intra-utérine ou d'une mort néonatale.

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

Conseils



Un processus a été mis en place pour tenir compte du fait que certains parents ou personnes proche aidantes subissent une perte fœtale ou néonatale.

Il peut s'agir de fournir un berceau réfrigérant, une chambre éloignée de celles des autres personnes accédant aux soins et services avec des nouveau-nés qui pleurent, ou encore de favoriser les services d'un photographe ou la création d'autres souvenirs, tels des impressions des mains et des pieds, selon les capacités de l'établissement.

Enfin, l'équipe suit les exigences de la procédure organisationnelle par rapport à la déclaration des décès, pour tout décès fœtal, néonatal, et parental.

- 2.1.27 Les équipes offrent du soutien aux parties prenantes à l'occasion d'un décès périnatal ou d'un décès d'une personne ayant accédé aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Les personnes accédant aux soins et services, les partenaires de vies, les personnes proche aidantes, les membres de l'équipe, les autres membres de la main-d'œuvre et les bénévoles sont soutenus de façon adaptée à la situation pendant leur séjour en milieu de naissance et sont ensuite référés vers les ressources externes pertinentes.

Les personnes proche aidantes peuvent également nécessiter un accès aux services sociaux, à un soutien spirituel ou à d'autres ressources.

- 2.1.28 L'équipe est informée des recommandations émises à la suite de l'étude des causes d'accouchements de mort-nés ou de décès néonataux.

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

Conseils

Le comité interdisciplinaire peut assurer l'accès à la pathologie périnatale.

Les causes d'une mort fœtale ou d'un décès néonatal ne sont pas toujours claires ou connues. Dans de tels cas, la réalisation d'une étude post-mortem permet d'éliminer certaines causes possibles ainsi que de déterminer l'influence potentielle de facteurs de



risques comme la présence d'une infection, d'une maladie ou d'une condition chronique, d'une grossesse prolongée, de l'utilisation de tabac, d'alcool, ou de drogues durant la grossesse, ou encore d'un traumatisme chez la personne accédant aux soins et services.

La détermination de la ou des causes d'un accouchement d'un enfant mort-né ou d'un décès néonatal permet d'offrir un meilleur soutien à la personne accédant aux soins et services. Notamment, cela permet de prendre en compte les facteurs de risque les plus probants pour cette personne afin de déterminer ses besoins et de dresser un plan de soins et services individualisé dans l'éventualité où elle fait l'expérience d'une nouvelle grossesse. De plus, ces informations permettent d'offrir de façon plus efficace un soutien émotionnel et psychosocial ainsi qu'un accompagnement au deuil.

2.1.29 L'équipe offre une gamme de soins et services hiérarchisés aux personnes accédant aux soins et services en périnatalité, en temps opportun.

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

Conseils

Les soins et services essentiels sont définis en fonction des types de soins et services offerts et des besoins des personnes y accédant. Les différentes autorités compétentes peuvent disposer de documents définissant les types et niveaux de soins et services considérés comme essentiels.

Les procédures correspondent aux directives inspirées par les meilleures pratiques. Dans les zones rurales ou éloignées où les grossesses sans complication sont prises en charge sans possibilité de césarienne, des protocoles sont en place pour un transfert vers un établissement disposant des capacités pour effectuer une césarienne. Des protocoles sont également en place pour le transfert au besoin du nouveau-né vers un centre disposant du niveau adéquat de soins ou de capacités néonatales.

De plus, en cas d'urgence, d'anormalité, de complication ou d'événement préjudiciable, des politiques ou des protocoles de recours à la hiérarchie des soins et services précisent les membres de l'équipe avec lesquels on devrait communiquer et dans quelles circonstances. L'équipe connaît les délais de réponse appropriés et sait qui contacter en l'absence de réponse.

Les circonstances exigeant la mise en œuvre de politiques ou de protocoles de recours à la hiérarchie des soins et services peuvent inclure l'hémorragie post- et ante-partum, les interventions nécessitant une salle d'opération, le manque de ressources humaines et matérielles, comme la pénurie de lits, ou certaines conditions fœtales.



Tous les membres de l'équipe sont autorisés à utiliser les codes d'appel et sont à l'aise de le faire.

- 2.1.30 L'équipe s'assure que la personne accédant aux soins et services en périnatalité est informée des ressources disponibles pour l'offre de ceux-ci.

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

Conseils

La personne accédant aux soins et services est informé des ressources disponibles au sein de l'établissement et des soins et services complémentaires offerts dans la communauté. La personne y accédant est informée des limites de l'établissement, comme la disponibilité des pédiatres, la possibilité de pratiquer une césarienne, le délai avant la césarienne, ou le niveau de soins néonataux offerts. La disponibilité de certains soins et services peut varier d'une région à une autre, selon la capacité des établissements, les compétences de la main-d'œuvre ou les distances à parcourir pour accéder aux soins et services.

En régions éloignées, par exemple, les prestataires de soins et services doivent discuter avec la personne y accédant des soins et services qui peuvent être prodigués sur place, et de ceux au sein du continuum de soins et services qui nécessitent un déplacement vers une autre région.

- 2.1.31 L'équipe dispose de critères cliniques définis pour la hiérarchisation des soins et services offerts en périnatalité.

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

Conseils

La capacité de l'équipe ainsi que le niveau de soins et services offerts par l'établissement sont pris en compte de manière à préciser si les besoins de la personne y accédant peuvent être satisfaits dans l'établissement où elle se présente. Les critères de hiérarchisation peuvent être définis par l'autorité administrative appropriée, telle que le ministère de la Santé et des Services sociaux au Québec.



En particulier, une attention doit être portée à l'évaluation de risques liés à la grossesse et à l'accouchement afin d'orienter la personne accédant aux soins et services vers ceux qui sont appropriés. Cette évaluation peut être faite au moyen d'une liste de vérification éclairée par des données probantes et qui présente les facteurs de risques suivants :

- déterminants sociaux;
- antécédents médicaux;
- autres critères cliniques.

La personne accédant aux soins et services qui se présente dans un établissement dont le niveau de soins et services ne correspond pas à ses besoins est transférée vers une équipe ayant l'expertise requise.

Par conséquent, l'accès à des services consultatifs appropriés doit être assuré. Les services consultatifs peuvent comprendre, entre autres, ceux des pédiatres, des néonatalogistes, des spécialistes en médecine fœto-maternelle, des obstétriciens-gynécologues, des anesthésistes, des cardiologues, des neurologues, des néphrologues, des hématologues, des endocrinologues, des spécialistes en médecine interne, des chirurgiens, des sages-femmes, des sages-hommes, des travailleurs sociaux, des psychiatres, des services de soutien social ou des services de deuil.

2.1.32 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour orienter les transferts vers des soins et services en périnatalité spécialisés intra- ou inter-établissements pour les nouveau-nés dans les cas où l'équipe est incapable de répondre à leurs besoins anticipés ou réels.

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

Conseils

Dans le cas où l'établissement est incapable de répondre aux besoins des nouveau-nés, la raison en est expliquée. L'accès à d'autres soins et services, y compris le transfert, est favorisé. L'établissement dispose d'une procédure organisationnelle ou d'un plan de transfert au besoin vers un centre spécialisé qui assure la continuité des soins et services. Les renseignements sont consignés en vue d'être utilisés lors du transfert et dans la planification des soins et services.

Dans le cas de transferts vers des soins et services pour le nouveau-né, l'équipe évite la séparation de la dyade parent-enfant pendant les transitions. Il n'y a pas de raisons



médicales de séparer les nouveau-nés de leurs parents; si une séparation est nécessaire pour des raisons d'infrastructure, tous les efforts sont déployés pour que la dyade reste ensemble autant que possible.

2.1.33 L'équipe inclut la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé de la personne accédant à ces soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Dans le contexte où la personne accédant aux soins et services doit être transférée, l'équipe discute avec cette personne du plan de soins et services individualisé y compris ses objectifs et ses préférences; des soins et services offerts; des problèmes cliniques ou autres; de ce à quoi s'attendre durant la transition; des rendez-vous de suivi; des plans d'exercice et d'alimentation, s'il y a lieu; des coordonnées des membres de l'équipe et des détails quant aux situations exigeant un contact avec l'équipe.

Les changements de quart de travail, les transferts, l'accueil dans un établissement ou le départ de celui-ci ou encore le passage à un autre prestataire de soins et services de la communauté, ainsi que la fin des soins et services sont des exemples de moments clés de transition.

Les discussions avec la personne accédant aux soins et services et son ou sa partenaire de vie au sujet de la transition les aident à mieux comprendre le processus et leur donnent l'occasion de poser des questions, afin de mieux les préparer et d'améliorer la continuité des soins et services. Elles permettent aussi de s'assurer que tous les renseignements sont précis et complets, et que les volontés de la personne accédant aux soins et services sont respectées.

Le plan de soins et services individualisé du nouveau-né doit être élaboré avec les parents et être personnalisé pour atteindre leur objectif en matière de nutrition et de gestion de la douleur du nouveau-né, et aborder les habitudes et pratique de sommeil, la fréquence des bains, entre autres. Pour les nouveau-nés allaités, le plan inclut des informations quant à l'endroit où s'adresser et la personne à contacter en cas de problèmes. Si le nouveau-né reçoit des substituts au lait maternel tels une préparation commerciale pour nourrisson au moment du congé, le plan de soins et services individualisé doit inclure des stratégies pour réduire les préparations commerciales pour nourrissons si possible.



Les parents sont informés des endroits où ils peuvent obtenir un soutien dans la communauté, tel soutien à l'allaitement, à la sécurité alimentaire et au logement et sont dirigés au besoin vers des services sociaux.

- 2.1.34 L'équipe respecte la procédure organisationnelle de transfert inter-établissements pour assurer que ce transfert est adapté aux besoins de la personne accédant aux soins et services en périnatalité.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Cette procédure est claire et définie selon un ensemble de critères cliniques. Entre autres, la procédure doit indiquer le type d'accompagnement requis, l'équipement médical, la médication, les moyens de transports disponibles et lesquels utiliser dans quelles situations, et comment communiquer toutes les informations nécessaires entre les différentes équipes concernées.

Ces transferts peuvent inclure, par exemple, le transfert d'un domicile ou d'une maison de naissance à un centre hospitalier, ou encore, dans le cas de complications majeures, à un centre hospitalier d'un palier supérieur. Un tel transfert est nécessaire pour assurer la sécurité de la personne accédant aux soins et services et celle du nouveau-né lorsque des complications surviennent.

- 2.1.35 L'équipe a connaissance des soins et services en périnatalité offerts par l'ensemble des autres programmes-services.

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

Conseils

Il est essentiel que les équipes soient au courant des soins et services offerts tant au sein qu'à l'extérieur de l'établissement et hors de la sphère des programmes-services. Ainsi, des transferts efficaces peuvent être coordonnés en temps opportun dans les cas où l'équipe ou l'établissement n'est pas en mesure d'offrir les soins ou services nécessaires à la personne y accédant ou au nouveau-né, afin d'en assurer une offre ininterrompue.

- 2.1.36 L'équipe facilite l'accompagnement de la personne accédant aux soins et services en périnatalité vers les ressources appropriées.



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

Conseils

Cet accompagnement est indiqué dans le plan de soins et services individualisé et est fondé sur les résultats de l'évaluation des besoins – incluant le soutien en matière de santé psychologique – de la personne accédant aux soins et services et de son ou sa partenaire de vie.

La liaison efficace aux soins et services appropriés est assurée par une gamme d'outils d'aide à la décision clinique.

Une évaluation des besoins globaux de la personne accédant aux soins et services est effectuée tout au long du parcours de soins et services de ceux-ci, car les besoins peuvent évoluer avec le temps. Il est important de considérer que, dans les cas où le nouveau-né n'est pas en bonne santé, il est possible que les (futurs) parents aient besoin d'un encadrement ou d'un soutien particulier.

- 2.1.37 L'équipe assure l'accès à du soutien pour les personnes proche aidantes en soins et services en périnatalité qui se trouvent dans le besoin de prendre en charge le nouveau-né en situation d'urgence.

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

Conseils

Ces cas incluent par exemple une situation où la personne ayant donné naissance est indisposée ou décède à la suite de l'accouchement, ou les cas d'adoption ou de maternité de substitution. La personne proche aidante qui doit prendre en charge le nouveau-né n'avait pas nécessairement planifié de le faire et requiert donc un soutien particulier. Un plan de soins et services individualisé peut être préparé afin d'accompagner la personne en question.

De plus, dans les cas où le nouveau-né n'a pas de parent ou de personne proche aidante disponible, un soutien particulier au nouveau-né peut s'avérer nécessaire. L'équipe communique avec les services sociaux, la société d'aide à l'enfance ou les groupes de défense des enfants, le cas échéant. Dans de tels cas, certains établissements peuvent faire appel à une famille d'accueil pour en prendre la charge.



2.1.38 L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.

POR

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

Test(s) de conformité

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

Conseils

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

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

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

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

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



Conseils

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

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

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

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

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

Conseils

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

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



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

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

2.1.38.4 L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

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

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

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

L'information recueillie au cours de l'évaluation est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Elle



est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 2.1.38.5 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager. Les chutes et les blessures qui en découlent qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents.

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

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

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

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur



reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

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

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

- L'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- Les stratégies préventives qui interpellent l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire, comme le partage de l'état de mobilité de l'utilisateur sur son tableau de communication;
- Les stratégies qui permettent aux membres de l'équipe de réduire les risques de chutes et de blessures lorsqu'ils offrent un soutien aux usagers;
- Ce qu'il faut faire lorsqu'une chute ou une blessure qui en découle se produit dans le milieu de soins, ou dans un espace public, y compris la déclaration d'un incident ou accident.

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

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

- 2.1.38.7 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention des chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.



Conseils

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

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent.

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

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

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

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

POR

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

[Test\(s\) de conformité](#)



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

Conseils

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

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

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

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

2.1.39.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

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

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède



pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée avec des outils d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes qui reflètent les soins et services prodigués, le milieu de soins, et les populations desservies.

Les outils d'évaluation sélectionnés peuvent inclure des méthodes permettant d'évaluer notamment :

- La couleur de la peau, son humidité, sa température, sa texture, son élasticité et la présence de lésions ou de déchirures;
- La perception sensorielle de l'utilisateur, son activité physique, sa mobilité et son exposition à la friction, au cisaillement, à l'humidité et aux facteurs de risques environnementaux;
- La capacité de l'utilisateur à gérer sa propre intégrité cutanée, y compris le maintien d'une bonne hygiène, d'une saine alimentation et d'un bon apport hydrique;
- Les risques associés aux comorbidités, comme le diabète, ou les risques associés aux interventions planifiées, comme la chirurgie ou les thérapies anticancéreuses.

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

2.1.39.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- La mise en œuvre de stratégies visant à optimiser l'intégrité de la peau, comme la mobilité, l'hydratation, la nutrition et l'utilisation de crèmes protectrices;
- La réalisation des réévaluations;



- La revue des médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité de la peau;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils comme des lève-personnes, des coussins ou matelas à réduction de pression.

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

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

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager.

Il est question d'atteinte nosocomiale à l'intégrité de la peau lorsqu'une déchirure cutanée, une infection, une pression ou une autre lésion cutanée est causée par une intervention de soins, ou une variation involontaire de la qualité des soins et services.

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

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

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



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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les préjudices et optimiser l'intégrité de la peau. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

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

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

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

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

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



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

Conseils

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

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

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

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

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



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

POR

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

Test(s) de conformité

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

Conseils

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

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

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

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

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



2.1.40.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour l'utilisation des outils d'aide à la décision clinique afin de déterminer les interventions requises pour un usager dont le repérage du risque de thromboembolie veineuse est positif.

Conseils

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

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

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

2.1.40.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.

Conseils

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

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



- Une thromboprophylaxie mécanique, comme l'utilisation d'un dispositif pneumatique intermittent.

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

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

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

Conseils

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

La procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un utilisateur. Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.



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

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir la thromboembolie veineuse. En tant que membre de l'équipe, l'usager reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

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

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

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

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

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



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

Conseils

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

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

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

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

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



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

POR

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

Conseils

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

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

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

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

Test(s) de conformité

2.1.41.1 L'information qui doit être partagée lors des transitions des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins et services, transfert et congé.



- 2.1.41.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.
- 2.1.41.3 Lors des transitions, les usagers et les personnes proches aidantes reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins et services.
- 2.1.41.4 L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.
- 2.1.41.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
 - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).

2.1.42 L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.

POR

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

Test(s) de conformité

- 2.1.42.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.



Conseils

Le meilleur schéma thérapeutique possible est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. Les transitions de soins ont lieu lorsqu'un usager passe d'un milieu de soins à un autre.

La procédure organisationnelle définit la manière d'obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des transitions de soins, en incluant au moins les éléments suivants :

- Des entretiens virtuels ou en personne avec l'utilisateur, ou la personne responsable de la gestion des médicaments de cet usager. Ces discussions sont menées de manière à encourager la transmission complète des renseignements concernant la prise de médicaments, y compris les médicaments sur ordonnance, les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tous les remèdes traditionnels ou complémentaires;
- La vérification de la liste des médicaments obtenue de l'utilisateur auprès d'au moins une autre source d'information fiable. Les sources d'information peuvent provenir du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire, du dossier santé de l'utilisateur, de la liste des médicaments au congé de l'hôpital ou de la feuille d'administration des médicaments.

La procédure organisationnelle est à jour et fondée sur des données probantes. La procédure identifie les transitions de soins au cours desquelles le meilleur schéma thérapeutique possible de l'utilisateur doit être réalisé. À titre d'exemples, il peut s'agir de la transition d'un usager vers ou depuis un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, un milieu de soins et services ambulatoires comme une clinique d'oncologie, ou un milieu de soins et services primaires où les médicaments sont gérés.

Le meilleur schéma thérapeutique possible est consigné dans le dossier santé de l'utilisateur. L'information est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 2.1.42.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.

Conseils

Les divergences entre les médicaments non résolues, qu'elles soient



intentionnelles ou non, peuvent entraîner des erreurs de médication et causer un préjudice à l'utilisateur, occasionner des rencontres cliniques non planifiées et des coûts connexes pour le système de santé. Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une prescription inappropriée et à la duplication des médicaments ayant une action thérapeutique.

Les divergences entre les médicaments sont identifiées et documentées par un membre au sein de l'équipe ayant les compétences pour le faire. Le meilleur schéma thérapeutique possible est comparé à ce qui a été récemment prescrit ou à ce qu'il est prévu de prescrire.

Les divergences identifiées sont documentées et communiquées au prescripteur de l'ordonnance. Les divergences sont résolues de manière opportune conformément à la procédure organisationnelle.

La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. Toutefois, le risque de divergences entre les médicaments est considérablement réduit lorsque le meilleur schéma thérapeutique possible est établi avant la rédaction d'une ordonnance. L'utilisation de technologies de l'information interopérables contribue à rendre le bilan comparatif des médicaments plus fiable et plus efficace.

Tous changements de médication sont discutés avec l'utilisateur afin de s'assurer qu'ils reflètent ses objectifs et ses préférences de traitement. Ces discussions permettent à l'utilisateur de comprendre quels médicaments doivent être arrêtés ou modifiés, quelles sont les interactions potentielles avec les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tout remède traditionnel ou complémentaire, et comment se départir des médicaments inutiles.

La liste précise des médicaments est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 2.1.42.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les incidents qui causent ou auraient pu causer préjudice à un utilisateur liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.



Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents afin d'éviter les préjudices, réduire les erreurs et atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager.

Les incidents liés au maintien d'une liste précise de médicaments lors des transitions de soins comprennent les cas où le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué, est effectué de façon incorrecte ou n'est pas effectué en temps opportun et aurait pu causer un préjudice ou a causé un préjudice à un usager.

La procédure de déclaration des incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

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

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

- 2.1.42.4 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins. En tant que membre de l'équipe, l'usager reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.



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

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

- L'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- Les stratégies pour faire participer activement l'utilisateur dans la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, y compris l'évaluation de la connaissance des médicaments de l'utilisateur;
- La communication des changements de médication lors des transitions de soins;
- La formation sur les outils d'aide à la décision clinique du bilan comparatif des médicaments de l'établissement et sur la technologie interopérable;
- La déclaration des incidents liés au maintien d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents.

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

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

- 2.1.42.5 L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.



Conseils

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

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

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

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles concernant le bilan comparatif des médicaments, y compris l'évaluation de la fiabilité et de l'exactitude des meilleurs schémas thérapeutiques possibles et l'évaluation des taux de résolution des divergences entre les médicaments et de la rapidité d'exécution;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à la tenue à jour d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur sur l'applicabilité de la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

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



2.1.43 L'équipe utilise des outils de repérage normalisés pour détecter les troubles de santé mentale chez la personne accédant aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

L'équipe partage de l'information sur les problèmes liés à la santé mentale à toutes les personnes accédant aux soins et services avant leur congé. De plus, les personnes proche aidantes reçoivent de l'information sur l'accompagnement et le soutien de la personne accédant aux soins et services, afin de les outiller pour effectuer ce rôle de manière plus efficace. L'évaluation des troubles de santé mentale prend en considération la dimension psychosociale.

Toute personne proche du de la personne ayant donné naissance doit recevoir de l'information sur les signes d'alerte nécessitant une consultation, afin qu'un soutien professionnel puisse être amorcé.

Une référence vers les soins et services appropriés est faite, le cas échéant.

2.1.44 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour soutenir la gestion de la douleur de la personne accédant aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés pour établir l'intensité, les caractéristiques, l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que ses impacts sur les activités habituelles des personnes accédant aux soins et services. L'impact des traumatismes sur l'expérience de la douleur et sur le bien-être psychologique est reconnu. La réponse aux demandes de prise en charge de la douleur est rapide.

Les stratégies de gestion de la douleur pour la personne accédant aux soins et services peuvent comprendre des interventions physiques, comportementales et psychologiques, comme des mouvements, des massages, un positionnement du corps particulier et des soins individuels, l'emploi d'analgésiques, y compris des opioïdes, ou le recours à l'anesthésie épidurale au besoin. Toute douleur associée à l'allaitement est soutenue par une formation appropriée et des techniques de positionnement et de mise au sein.



La personne accédant aux soins et services est informée de l'effet possible des médicaments sur le fœtus et sur le début de l'allaitement, ainsi que de son succès et de sa sécurité pour le nouveau-né.

Pour le nouveau-né, la prise en charge de la douleur peut comprendre l'allaitement, le tétage au sein ou la succion sur une suce dans les cas où la personne ayant accouché n'allait pas, le contact peau à peau ou la méthode kangourou et une solution de saccharose pendant les procédures douloureuses.

Les options de médications contre la douleur post-partum, si elles sont requises, sont présentées à la personne accédant aux soins et services et son ou sa partenaire de vie une fois leur congé obtenu du lieu de naissance.

- 2.1.45 L'équipe utilise les données du bilan prénatal du premier et deuxième trimestre afin de planifier le suivi de grossesse du troisième trimestre.

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

Conseils

Les données du bilan prénatal du premier et deuxième trimestre devant être prises en compte incluent, entre autres, le bilan sanguin du 1^{er} trimestre, les résultats du repérage du diabète gestationnel entre 24 et 28 semaines de grossesse, les résultats du repérage génétique, les échographies de datation et l'échographie anatomique des 1^{er} et 2^{ième} trimestres. L'équipe doit également s'assurer que les suivis de vaccinations, tels ceux contre l'influenza, la coqueluche, ou la Covid-19, ont été effectués.

- 2.1.46 L'équipe s'assure que la personne accédant aux soins et services en périnatalité a compris les informations relatives à l'avis de grossesse.

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

Conseils

L'avis de grossesse est une pratique favorisant la précocité des interventions requises tout au long du continuum de soins et services. Cette pratique permet, entre autres, d'atténuer les facteurs de risques pouvant influencer sur le déroulement et le terme de la grossesse et de joindre les personnes vivant en contexte de vulnérabilité.



C'est la responsabilité de la personne accédant aux soins et services d'amorcer la démarche de l'avis de grossesse. Par conséquent, l'équipe se doit d'assurer que celle-ci a reçu les informations nécessaires afin d'amorcer le processus correctement. Au besoin, des mesures sont prises pour assister cette personne à compléter son processus.

Une fois émis, l'avis de grossesse est transmis aux établissements publics tels que le CISSS ou CIUSSS de la région où habite la personne accédant aux soins et services.

Selon les meilleures pratiques, un avis de grossesse est émis le plus tôt possible au cours du continuum de soins et services, afin de permettre de joindre rapidement les personnes enceintes et de leur offrir les soins et services pertinents selon leurs besoins. Au moment de la prise en charge de la personne accédant aux soins et services, si un tel avis n'avait pas été émis auparavant et que cette personne n'est pas en situation d'urgence, un avis de grossesse doit être émis dans les plus brefs délais possibles.

2.1.47 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour le suivi du troisième trimestre de grossesse.

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

Conseils

Il est recommandé que la personne accédant aux soins et services puisse recevoir une consultation à toutes les deux ou trois semaines, pendant cette période. La fréquence des consultations peut ensuite être augmentée à une consultation par semaine une fois la 37^e semaine de grossesse atteinte, et jusqu'à l'initiation du travail.

2.1.48 L'équipe oriente la personne accédant aux soins et services en périnatalité vers les ressources d'éducation prénatale.

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

Conseils

L'éducation prénatale est éclairée par des données probantes, par les principes d'enseignement aux adultes et est adaptée aux besoins des parents participants. Il est important d'encourager la participation active et la création de liens entre les parents participants. Un format hybride avec rencontres virtuelles et en présentiel peut être intéressant pour différentes clientèles. On souligne que la grossesse et l'accouchement



sont des processus physiologiques normaux pour les personnes à faible risque. La personne accédant aux soins et services est informée sur le déroulement de l'accouchement, incluant les médicaments et les diverses interventions qui peuvent lui être proposées, ainsi que des bénéfices et des risques qui y sont associés. La planification de la naissance, incluant le choix du lieu de naissance, doit être abordée.

Il est important que l'éducation prénatale aborde le concept de la parentalité ainsi que le rôle du partenaire de vie et discute de l'importance d'avoir accès à du soutien comme des proches, des amis et des ressources communautaires pour promouvoir un état de santé mentale positif.

L'éducation prénatale devrait également comprendre l'allaitement, incluant son importance, la préparation à l'allaitement, l'amorce, les problèmes les plus fréquents et des solutions ainsi que des références pour du soutien.

L'éducation prénatale doit inclure des renseignements sur les saines habitudes de vie à adopter pendant la grossesse. Il est question notamment ici d'habitudes alimentaires, d'exercice physique, de tabagisme et vapotage, d'abstinence en matière de consommation d'alcool, de cannabis et d'autres substances psychoactives ou de pratiques sexuelles sécuritaires. L'éducation devrait comprendre les raisons soutenant l'adoption de telles habitudes de vies, leurs retombées bénéfiques sur la santé de la personne accédant aux soins et services ainsi que sur celle du futur nouveau-né, ainsi que les retombées néfastes possibles si les habitudes ne sont pas adoptées. L'éducation prénatale peut également traiter de la vie comme nouveau parent, à quoi s'attendre et quand.

Les références vers les ressources d'éducation prénatale dépendent des besoins et de l'intérêt de la personne accédant aux soins et services et de son ou sa partenaire de vie. Une collaboration avec les partenaires de vies externes et les établissements communautaires est possible, ainsi qu'avec les options disponibles au secteur privé.

2.1.49 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour l'identification des clientèles vivant en contextes de vulnérabilité et offre du soutien nécessaire.

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

Conseils

Ces outils sont basés sur les données probantes et utilisés afin d'intervenir sur les facteurs de risque potentiels pour la grossesse et le développement du nouveau-né. Les outils identifient les ressources permettant de diminuer les risques et de soutenir la personne accédant aux soins et services, dans une perspective de développement



global de l'enfant et de l'unité familiale. Ultiment, l'utilisation de ces outils sert à offrir le soutien nécessaire à la personne accédant aux soins et services. Un arbre de soutien à la décision pour le choix du bon service selon les besoins est disponible dans le cadre du programme Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE).

- 2.1.50 L'équipe utilise les données du suivi de grossesse afin de planifier les soins et services en périnatalité requis lors de l'accouchement.

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

Conseils

L'équipe collabore avec les prestataires appropriés pour obtenir ces renseignements. La planification des soins et services requis peut se faire à l'accueil ou avant le moment de l'initiation du travail.

- 2.1.51 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour l'évaluation du travail et des indications pour césariennes, aux moments appropriés lors du continuum de soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Du soutien, de l'éducation et des renseignements pour faciliter la prise de décisions, tel qu'indiquer les avantages de rester à la maison jusqu'au travail actif par rapport à l'accueil au lieu de naissance, sont offerts à la personne accédant aux soins et services. Celle-ci est informée du moment où elle doit se rendre au lieu de naissance, de la personne-ressource à appeler pour obtenir de l'aide et des complications à surveiller. Le processus de triage, y compris les conseils donnés en personne ou au téléphone, est consigné dans le dossier santé.

Dans les cas où le déclenchement du travail ou une césarienne sont planifiés, les décisions en ce sens tiennent compte de l'âge gestationnel, de l'état de santé de la personne accédant aux soins et services et du fœtus et de la charge de travail de la main-d'œuvre au lieu de naissance. Les horaires sont régulièrement revus et mis à jour en fonction de l'état clinique. La personne accédant aux soins et services est tenue informée de la date et de l'heure prévues pour le déclenchement du travail ou de la procédure de césarienne.



2.1.52 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour le monitoring foetal.

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

Conseils

Ces outils tiennent compte de l'évaluation des grossesses multiples, d'une présentation anormale et du bien-être général du fœtus.

Les résultats du monitoring foetal, ainsi que les décisions cliniques prises lors des soins et services doivent être clairement documentés. Le fait de disposer d'une approche structurée pour l'interprétation et la documentation du monitoring foetal pendant les phases actives du travail améliore la clarté de la communication et le transfert d'informations entre les prestataires.

Les procédures sont en accord avec les lignes directrices en matière de pratique clinique élaborées pour la surveillance ante- et intra-partum de la santé du fœtus. Ces lignes directrices recommandent la normalisation des pratiques de consignation durant les phases actives du travail. La documentation peut inclure des notes narratives ou l'utilisation de feuilles de soins complètes décrivant en détail les évaluations périodiques. La documentation est diffusée auprès de tous les prestataires ou comprend la documentation de tous les prestataires concernés. La personne accédant aux soins et services est informée de façon continue de l'état du fœtus.

2.1.53 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour établir le niveau de surveillance et de soins et services en périnatalité requis pendant le travail et l'accouchement.

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

Conseils

L'équipe est au courant de toutes les options afin de réduire les interventions inutiles et en discute ouvertement avec la personne accédant aux soins et services et son ou sa partenaire de vie. Ces derniers ont accès aux interventions qui ont été présentées comme options, telles que la prise en charge non pharmacologique de la douleur, la péridurale, l'accouchement vaginal après césarienne et la césarienne.

La personne accédant aux soins et services détermine le niveau de surveillance souhaité, en tenant compte des recommandations du personnel médical.



L'équipe utilise une pratique basée sur les données probantes concernant l'épisiotomie et la prévention des traumatismes périnéaux, entre autres. L'équipe veille à ne pas surmédicaliser les soins tout en évitant les interventions inutiles à la naissance ou la supplémentation précoce du lait maternel lors du séjour au lieu de naissance sans indication médicale.

Le suivi du travail de la personne accédant aux soins et services peut se faire au moyen de protocoles reconnus afin d'assurer un suivi optimal à compter de l'évaluation et l'initiation du travail, jusqu'à la période post-partum immédiate.

Enfin, il est à noter qu'il peut être indiqué de procéder à une évaluation préanesthésique pour la personne accédant aux soins et services, selon les facteurs de risques présents.

L'évaluation vise à déterminer si l'établissement peut fournir le niveau de soins et services dont la personne a besoin.

2.1.54 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour le déclenchement du travail au moment approprié.

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

Conseils

Le déclenchement du travail doit être fondé sur la nécessité d'améliorer la santé de la personne accédant aux soins et services ou celle du fœtus.

Dans la mesure du possible, le mûrissement cervical doit précéder le déclenchement lorsqu'il est indiqué pour réduire le risque de césarienne en cas d'échec du déclenchement du travail.

2.1.55 L'équipe s'assure que les lieux utilisés pour la naissance sont munis de l'équipement approprié.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipement peut être mobile ou mural, selon le lieu de naissance, et peut notamment inclure les sorties d'oxygène, d'oxide nitreux et d'air, les unités de succion, les lampes et autres sources de lumière, les désinfectants, un saturomètre avec capteurs néonataux, une unité chauffante (lit ou table) pour le nouveau-né, de la literie chaude et sèche, ainsi que le matériel et les instruments chirurgicaux.



2.1.56 L'équipe utilise un protocole fondé sur des données probantes pour l'administration de l'ocytocine.

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

Conseils

L'ocytocine est désignée comme un médicament de niveau d'alerte élevé par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. Les médicaments de niveau d'alerte élevé comportent un risque plus élevé de nuire à la personne accédant aux soins et services s'ils ne sont pas utilisés correctement.

Le protocole se penche sur les données probantes les plus courantes pour l'indication, l'administration et le suivi requis pour l'ocytocine et traite des éléments suivants :

- la nécessité de prodiguer des soins et services individualisés;
- l'utilisation d'une concentration normalisée préparée par la pharmacie;
- l'utilisation de la dose minimale pour obtenir un travail actif, le respect des intervalles et l'évaluation de la nécessité d'augmenter la dose et la dose maximale;
- les procédures de surveillance de la tension artérielle;
- les procédures de surveillance de l'activité utérine, y compris les mesures à prendre en cas d'activité utérine excessive (hyperstimulation et tachysystolie);
- les procédures de surveillance de la fréquence cardiaque fœtale pendant l'administration, y compris les mesures à prendre en cas de fréquence cardiaque fœtale atypique ou anormale;
- le suivi de la quantité de médicaments administrée sous forme de milliunités par minute;
- la détermination des circonstances pour lesquelles l'équipe doit examiner la nécessité de ressources pour effectuer une césarienne d'urgence;
- la détermination des indications pour l'arrêt des médicaments et de la personne qui peut prendre cette décision.

2.1.57 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour la gestion du travail incluant des outils distincts pour le deuxième stade du travail.

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

Conseils



Les outils comprennent une évaluation ainsi qu'une documentation régulière. L'évaluation est exhaustive et comprend la surveillance de l'activité utérine en cas de déclenchement ou d'augmentation du travail.

Tout changement d'état est communiqué à l'équipe en temps opportun.

La fréquence de l'évaluation et de la documentation peut varier selon la situation ou l'état de santé de la personne accédant aux soins et services.

2.1.58 L'équipe guide la poussée de deuxième stade selon la préférence de la personne accédant aux soins et services en périnatalité, la situation clinique et les données probantes.

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

Conseils

La personne accédant aux soins et services est soutenue pour adopter la position de son choix pendant la poussée de deuxième stade, soit la descente passive, la poussée non dirigée et la poussée dirigée, dans la mesure du possible. Ceci permet de maintenir l'atmosphère de respect et l'autonomie de la personne pendant l'accouchement. Des conseils et des suggestions sont offerts à la personne accédant aux soins et services et on lui permet de prendre part aux décisions dans les cas où il est nécessaire de modifier sa position afin de maintenir son état clinique et celle du fœtus. L'équipe doit s'assurer que l'équipement approprié est utilisé et explique son utilisation à la personne au besoin. L'information partagée lors de cours prénataux peut servir de guide à la personne accédant aux soins et services lors de prise de décisions.

2.1.59 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour les accouchements vaginaux assistés.

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

Conseils

Un tel accouchement peut inclure l'utilisation de ventouses ou forceps pour faciliter la sortie du nouveau-né, selon le jugement et l'expertise du clinicien. Les outils d'aide à la décision clinique peuvent préciser la main-d'œuvre et l'équipement qui doit être présent lors de l'accouchement.



Après un accouchement assisté par ventouse ou forceps, des explications sont offertes à la personne accédant aux soins et services et les personnes proche aidantes et, en cas de besoin, des ajustements sont faits au plan de soins et services individualisé selon les soins et services requis.

2.1.60 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour gérer les complications pouvant survenir lors d'un accouchement.

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

Conseils

Des complications possibles peuvent inclure une dystocie de l'épaule, un placenta accréta, une hémorragie, une fièvre d'origine infectieuse, ou une asphyxie périnatale.

Des ateliers de pratique clinique en collaboration avec tous les prestataires engagés peuvent optimiser l'assimilation des outils d'aide à la décision clinique et faciliter la fluidité lors d'une urgence réelle.

2.1.61 L'équipe applique la procédure organisationnelle pour le décompte des éponges et des aiguilles, avant et après tous les accouchements.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le comptage des éponges et des aiguilles s'avère une pratique importante liée à la sécurité des personnes accédant aux soins et services. La procédure organisationnelle stipule que les éponges et les aiguilles sont comptées par deux personnes avant et après les accouchements, que le décompte est consigné dans le dossier santé et qu'un membre de l'équipe est désigné pour s'assurer que le comptage est effectué conformément à la procédure.

Il est aussi important de procéder au décompte à la suite de sutures au périnée.

2.1.62 L'équipe assure la présence de prestataires de soins et services formés à la réanimation néonatale lors de la naissance.

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

Conseils



Certaines pathologies fœtales ne présentant aucun problème dans l'environnement intra-utérin, se manifestent en tant que complications chez le nouveau-né, résultant de modifications physiologiques accompagnant l'accouchement. Il est crucial que des prestataires disposant d'expertise en réanimation néonatale soient présents lors de la naissance afin de pouvoir intervenir immédiatement en cas de besoin. La réanimation néonatale doit être initiée aussitôt que possible pour éviter les séquelles neurologiques dues à une anoxie cérébrale prolongée. Une équipe de réanimation qualifiée en réanimation complexe, disposant des ressources nécessaires, est également disponible pour chaque réanimation. Une formation avancée sur la réanimation néonatale peut être requise. La réanimation doit suivre les meilleures pratiques et les données probantes les plus récentes.

2.1.63

POR

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

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

Conseils

Les interventions chirurgicales s'avèrent un des éléments de plus en plus complexes des soins et services de santé, et elles présentent un risque considérable de préjudices potentiellement évitables. Les listes de contrôle d'une chirurgie sécuritaire jouent un rôle important lorsqu'il s'agit d'améliorer la sécurité des interventions chirurgicales. Elles peuvent réduire les probabilités qu'il y ait des complications à la suite d'une chirurgie et peuvent souvent améliorer les résultats de celle-ci.

Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée pour entreprendre, orienter et formaliser les communications entre les membres de l'équipe qui procèdent à une intervention chirurgicale, ainsi que pour intégrer ces étapes au déroulement du travail en chirurgie.

Des listes de contrôle d'une chirurgie sécuritaire ont été élaborées et sont disponibles auprès de différentes sources. Chaque liste de contrôle comporte trois étapes :

- Réunion préparatoire - avant l'induction de l'anesthésie
- Temps d'arrêt préopératoire - avant l'incision
- Compte rendu postopératoire - avant que le patient quitte la salle d'opération

Test(s) de conformité



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

2.1.64 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour orienter la pratique de ses membres en matière de soins et services en périnatalité post-partum.

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

Conseils

L'équipe évalue les besoins physiologiques, psychosociaux et émotionnels de la personne accédant aux soins et services et du nouveau-né. Il existe un processus de hiérarchisation et d'accès aux soins et services selon les besoins. Dans tous les cas, l'équipe s'assure que les soins et services requis sont offerts, que les conditions des congés précoces sont définies et que les suivis externes sont organisés avant les congés.

Les outils appropriés sont en place afin de prévenir, détecter et traiter des complications.

2.1.65 L'équipe suit la procédure organisationnelle en matière de contact précoce peau à peau à la suite de l'accouchement.

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



Conseils

Une telle procédure doit exister pour tout type de lieu de naissance, soit à domicile, dans une maison de naissance, dans une chambre d'accouchement en milieu hospitalier, au bloc opératoire, ou autres. Un contact peau à peau immédiat, soit dans les cinq premières minutes et ininterrompu pendant au moins une heure après la naissance est favorisé. La main-d'œuvre de la salle d'opération et de la salle de réveil est formée pour favoriser le contact peau à peau et l'allaitement en salle d'opération et pendant la période de réveil. La main-d'œuvre connaît notamment les pratiques sécuritaires pour les nouveau-nés prématurés ou ayant des conditions cliniques particulières. Les exceptions comprennent les personnes médicalement instables ou sous anesthésie générale, auquel cas l'autre parent ou une autre personne peut faire le contact peau à peau.

- 2.1.66 L'équipe assure la cohabitation et la non-séparation de la personne ayant donné naissance et du nouveau-né après l'accouchement, par voie vaginale ou par césarienne et pendant le reste du continuum de soins et services en périnatalité.

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

Conseils

La cohabitation et la non-séparation ne s'appliquent pas seulement aux périodes de repos, mais bien à l'ensemble des activités à effectuer dans la même pièce où se retrouve parent et nouveau-né. Ainsi, les parents et le nouveau-né peuvent rester ensemble en tout temps, à moins qu'il n'y ait une raison médicale de les séparer ou des considérations particulières. Dans la mesure du possible, les établissements permettent à la dyade de rester ensemble et de pratiquer la cohabitation en fournissant un environnement sécuritaire et confortable, avec un lit ou un fauteuil pour le parent. Lorsqu'un parent biologique est déplacé, le nouveau-né est accueilli dans la même pièce. Lorsque les unités de soins spéciaux ou les unités néonatales ne disposent pas de chambres pour la cohabitation, les parents peuvent se reposer confortablement au chevet de leur nouveau-né et leur présence est illimitée, même la nuit, ou pendant les visites médicales ou les situations d'urgence.

Il est à noter que cela n'est pas forcément pertinent dans les cas de maternité de substitution ou d'adoption. Si le parent biologique ne s'occupe pas du nouveau-né après la naissance, le nouveau-né n'est pas séparé du parent ou de la personne qui s'occupe de lui.



2.1.67 L'équipe planifie le congé de la personne accédant aux soins et services en périnatalité et du nouveau-né selon l'évaluation de leurs besoins.

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

Conseils

Les critères de congé sont alignés sur les meilleures pratiques et traitent du bien-être physique, psychologique et social de la personne accédant aux soins et services et du nouveau-né. Cela comprend une gestion suffisante et appropriée de la douleur tout en limitant l'utilisation d'opioïdes et la maîtrise des saignements post-partum. Il s'agit également d'éviter la séparation de la dyade au moment du congé et d'évaluer l'état post-partum et le bien-être général du nouveau-né, ce qui peut comprendre l'évaluation de la jaunisse, des signes vitaux, de l'alimentation, le repérage métabolique conformément au Programme québécois de dépistage néonatal sanguin et urinaire, le repérage des malformations cardiaques congénitales critiques et des interventions du Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés.

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 épreuves diagnostiques, l'orientation de la personne accédant aux soins et services vers un établissement ou un partenaire, et la création d'un calendrier pour communiquer avec celle-ci ou lui rappeler un rendez-vous. Cela comprend aussi ses responsabilités, comme assurer un suivi avec les autres prestataires de soins et services tels que ceux en soins primaires ou en centre de santé communautaire, signaler une aggravation ou un changement des symptômes et prendre les médicaments selon les ordonnances.

2.1.68 L'équipe accompagne la personne accédant aux soins et services en périnatalité vers les ressources et suivis appropriés selon l'évaluation de ses besoins au moment du congé.

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

Conseils

L'équipe collabore avec les programmes-services, entre autres Jeunesse, Services généraux, Santé mentale et Santé publique 0 à 5 ans, afin d'orienter adéquatement la



personne pour qu'elle reçoive les soins et services les plus appropriés, dans le contexte le plus approprié, tout en prévenant les transferts inutiles et les solutions temporaires. La continuité des soins et services doit être assurée.

La responsabilité en lien avec les soins et les services se poursuit jusqu'au moment où le service a pris fin ou lorsque la personne accédant aux soins et services a été transférée à une autre équipe, un autre service ou un autre établissement ou partenaire.

Les services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les soins et services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu communautaire, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins et services continus. Il faut s'assurer que les personnes qui allaitent ont les ressources pour le soutien à l'amorce et à la poursuite de l'allaitement. Il faut en plus repérer la présence de traumatismes émotionnels causés ou déclenchés par l'expérience de l'accouchement et offrir de l'information et des références en lien avec la santé mentale.

- 2.1.69 L'équipe informe la personne accédant aux soins et services en périnatalité et les personnes proche aidantes des soins au nouveau-né, de la prévention du bébé secoué et des pratiques de sommeil sécuritaires, et ce, avant le congé.

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

Conseils

Les pratiques de sommeil sécuritaires pour le nouveau-né incluent, entre autres, la réduction des risques liés au partage du lit, les techniques d'habillement, et le positionnement adéquat dans le lit.

- 2.1.70 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en matière d'alimentation infantile.

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

Conseils

La procédure organisationnelle est éclairée par des données probantes, traite à la fois de l'allaitement ou de l'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons si la personne ayant accouché n'allait pas et s'harmonise avec les normes de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés.



Les personnes accédant aux soins et services et qui souhaitent allaiter, mais qui éprouvent des difficultés, ainsi que celles qui décident de ne pas allaiter, bénéficient d'un soutien sans jugement.

2.1.71 L'équipe soutient la personne accédant aux soins et services en périnatalité pour qu'elle puisse amorcer et continuer l'allaitement.

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

Conseils

Les personnes qui allaitent sont encouragées à nourrir leur nouveau-né aussi souvent et aussi longtemps qu'il en a besoin.

Les personnes qui allaitent ont accès à un soutien à l'allaitement. Ce soutien est disponible à tout moment, pendant les périodes prénatale, postnatale immédiate et postnatale à domicile ou en clinique. Tous les professionnels qui leur offrent ce soutien devraient suivre la formation nationale en allaitement et leurs compétences devraient être évaluées selon un outil approprié.

Le counseling sur l'allaitement est pratique et individualisé. Le counseling pratique est défini comme la transmission de renseignements et de compétences précises qui aideront à l'amorce et au maintien de l'allaitement, dont le soutien motivationnel et émotionnel.

La personne accédant aux soins et services est guidée sur la façon de placer le nouveau-né pour la mise au sein et transférer efficacement le lait. Favoriser et maintenir la production de lait est important pour assurer une production adéquate pour répondre aux besoins du nouveau-né.

La personne accédant aux soins et services est accompagnée afin d'être en mesure de savoir si le nouveau-né reçoit suffisamment de lait. Elle est également soutenue pour exprimer son lait, manuellement ou à l'aide d'un tire-lait, en cas de besoin, et pour recueillir et conserver le lait exprimé en toute sécurité. Si les nouveau-nés sont incapables de se nourrir au sein, cette personne est accompagnée pour amorcer l'expression de son lait dès que possible après la naissance, dans les six premières heures et idéalement dès la première à la troisième heure.

Le partage d'information sur l'allaitement pour les parents en cas de naissances multiples et de nouveau-nés prématurés est particulièrement essentiel pour établir et maintenir la production de lait maternel. Les nouveaux parents et ceux qui ont déjà eu des difficultés à allaiter peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire.



2.1.72 L'équipe assure des soins et services de soutien à l'allaitement pour aider les personnes y accédant à gérer les difficultés d'allaitement courantes.

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

Conseils

L'équipe conseille la personne accédant aux soins et services en matière de prévention et de prise en charge de la douleur et de blessures aux mamelons, d'engorgement et d'inquiétudes au sujet de la production de lait.

L'équipe évalue régulièrement le poids du nouveau-né pendant les premiers jours de leur vie. Les processus physiologiques impliquant la transition du nouveau-né vers la vie extra-utérine, comme la perte de poids, l'hypoglycémie asymptomatique et l'hyperbilirubinémie néonatale, sont évalués en fonction des recommandations de pratique clinique en utilisant une approche individualisée et un jugement clinique.

Les dyades présentant des difficultés, telles une personne éprouvant des difficultés d'allaitement, ou un nouveau-né qui ne peut pas téter, sont évaluées, traitées, ou orientées vers une ressource qualifiée de soutien à l'allaitement si nécessaire. L'accès à un soutien à l'allaitement est disponible en tout temps.

Si la personne accédant aux soins et services est incapable d'allaiter ou si le nouveau-né est incapable de téter, l'expression du lait est amorcée dès que possible, dans un délai de six heures après la naissance, et idéalement dans la première à la troisième heure, pour établir et maintenir la production lactée.

Les nourrissons dont le parent ne produit pas suffisamment de lait doivent autant que possible être nourris avec du lait pasteurisé de donneuses, tel celui provenant de la banque publique de lait Héma-Québec, en fonction de la disponibilité et de l'admissibilité.

La personne accédant aux soins et services est soutenue pour l'amorce des mises au sein dès que le nouveau-né est stable, et ce, sans égard au poids ou à l'âge gestationnel, post-natal ou post menstruel du nouveau-né. Une fois l'allaitement commencé, cette personne bénéficie d'un soutien concernant le positionnement du nouveau-né et la manière de reconnaître un transfert efficace du lait. L'équipe fournit un soutien motivationnel à cette personne et l'informe que le transfert de lait progressera à mesure que le nourrisson arrive à maturité.

2.1.73 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur les indications d'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons.



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

Conseils

La procédure organisationnelle respecte les normes de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébéés et traite des éléments suivants :

- stratégies pour maximiser la production de lait et prévenir l'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons;
- indications médicales justifiant l'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons;
- évaluation de la personne accédant aux soins et services et du nouveau-né, ainsi qu'une observation d'une tétée avant de fournir des préparations commerciales pour nourrissons;
- utilisation d'un processus de prise de décisions éclairée et partagée qui évalue les avantages et les désavantages potentiels de ces suppléments et ce qui compte le plus pour les parents;
- choix du lait par ordre de priorité : allaitement directement au sein, lait maternel exprimé par le parent, lait maternel pasteurisé d'une donneuse, préparations commerciales pour nourrissons;
- méthodes pour fournir les suppléments et les volumes selon l'horaire (dans le cas de sessions d'allaitement planifiées) ou selon les signes que le nouveau-né est prêt à téter;
- documentation sur toutes les préparations commerciales pour nourrissons et leur indication médicale dans le dossier santé du nouveau-né;
- préparation d'un plan de soins et services individualisé sur la façon de réduire et d'éliminer les préparations commerciales pour nourrissons, si possible.

De plus, l'équipe soutient les dyades pour établir et maintenir la production de lait, et pour assurer un transfert efficace du lait afin que le nouveau-né ne reçoive que du lait maternel tout au long de son séjour, à moins qu'il n'y ait une indication médicale pour utiliser des préparations commerciales pour nourrissons.

Si les parents décident de recourir à un allaitement non exclusif, soit une combinaison de l'allaitement maternel et de l'alimentation avec des préparations commerciales pour nourrissons, ou de fournir des préparations commerciales pour nourrissons en l'absence d'indication médicale, la discussion de l'équipe en lien avec cette décision est documentée dans le dossier santé du nouveau-né. Les parents sont entièrement soutenus par l'équipe une fois qu'une décision éclairée est prise.



- 2.1.74 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en matière de manipulation, de stockage, d'étiquetage et d'élimination du lait maternel.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle traite également du lait de donneuses et des préparations commerciales pour nourrissons qui sont conservées sur place.

- 2.1.75 Les gestionnaires du programme-services protègent l'équipe des pressions exercées par les spécialistes de commercialisation.

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

Conseils

Les gestionnaires prennent des mesures pour respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la santé (le Code) afin d'éviter les influences commerciales sur les prestataires, les personnes accédant aux soins et services et les personnes proche aidantes.

Les gestionnaires ne permettent pas l'affichage de tout type de publicité pour les préparations commerciales pour nourrissons, y compris l'affichage ou la distribution de tout équipement ou matériel portant la marque ou les logos de fabricants de telles préparations, de biberons et d'autres fournitures d'alimentation, de coupons de réduction ou d'échantillons de préparations commerciales pour nourrissons.

L'équipe évite les conflits d'intérêts avec les entreprises visées par le Code.

- 2.1.76 L'équipe soutient la personne accédant aux soins et services en périnatalité dans leurs décisions de donner des suppléments ou de combiner l'allaitement avec des préparations commerciales pour nourrissons.

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

Conseils



L'équipe aide les parents à prendre des décisions éclairées en matière d'alimentation des nourrissons grâce à une approche éducative individualisée.

L'équipe est respectueuse et soutient les parents qui n'allaitent pas et ceux qui combinent l'allaitement de leur nouveau-né avec des préparations commerciales pour nourrissons.

Dans le cas où une personne se voit obligée d'arrêter l'allaitement, l'équipe fournit un soutien adéquat si celle-ci présente des réactions émotionnelles telles que du stress, de la culpabilité, ou un sentiment d'inadéquation à la suite d'une décision.

Les parents qui ont pris la décision de ne pas allaiter sont informés des différentes options d'alimentation adaptées à leur situation. L'équipe collabore avec les parents pour s'assurer qu'ils sont informés de la préparation, de l'utilisation pour l'alimentation et de l'entreposage sécuritaires des préparations commerciales pour nourrissons.

2.1.77 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour identifier les types de soins et services en périnatalité requis lors de la naissance du nouveau-né.

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

Conseils

Les exigences relatives aux types d'expertise requis, de capacité ou de ressources nécessaires à la naissance varient selon les résultats de l'évaluation.

Il existe un processus pour évaluer quels membres de l'équipe doivent, au minimum, être présents pendant l'accouchement. Si des complications sont connues ou anticipées ou si le risque d'issue défavorable à la naissance est élevé, il faut aussi évaluer la nécessité de ressources supplémentaires. La participation de l'équipe au programme AMPRO^{OB} (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) est favorisée afin de diminuer les risques de complications et d'interventions évitables.

2.1.78 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour orienter les pratiques d'évaluation du nouveau-né.

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

Conseils



Il est notamment question de surveillance et de gestion des vulnérabilités et des besoins spéciaux dans le cas de nouveau-nés prématurés ou malades. La stabilité physiologique du nouveau-né est donc évaluée régulièrement pendant le séjour au lieu de naissance ou lors des suivis post-partum, notamment :

- la fréquence respiratoire;
- le poids;
- la température axillaire;
- la compétence pour téter;
- l'observation physique d'anomalies congénitales;
- une septicémie;
- une jaunisse;
- l'hypoglycémie.

L'équipe se doit également de prendre en considération les conditions et les problèmes potentiels détectés avant la naissance, afin de planifier les suivis adéquats.

En tout temps, les parents sont reconnus comme des personnes responsables de leur nouveau-né, sans aucune restriction quant à la présence parentale.

2.1.79 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en matière de gestion de la glycémie chez le nouveau-né.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle est fondée sur les données probantes ainsi que sur les connaissances les plus récentes. Elle peut tenir compte de données comme la taille du nouveau-né, son âge gestationnel, s'il est considéré comme prématuré ou s'il a eu besoin de soins en post-réanimation, ainsi que les cas où le parent biologique est diabétique.

2.1.80 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en matière de gestion de la bilirubinémie chez le nouveau-né.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle est fondée sur les données probantes ainsi que sur les connaissances les plus récentes. Elle peut tenir compte de données comme la présence



d'une jaunisse, d'ecchymoses, ou d'un céphalématome chez le nouveau-né, s'il présente des signes de déshydratation, ainsi que le type d'allaitement ou d'alimentation reçu.

2.1.81 L'équipe effectue un repérage systématique universel pour tous les nouveau-nés.

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

Conseils

Le repérage universel permet d'identifier des conditions cliniques comme le syndrome d'abstinence néonatale, une cardiopathie congénitale sévère, une infection et des erreurs innées du métabolisme, ou encore la surdité. Au Québec, ce repérage fait partie du Programme québécois de dépistage néonatal sanguin et du Programme québécois de dépistage de la surdité néonatale.

2.1.82 L'équipe informe la personne accédant aux soins et services en périnatalité sur les besoins d'hygiène du nouveau-né au moment opportun.

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

Conseils

Les soins d'hygiène comprennent notamment :

- la fréquence recommandée pour les bains;
- les recommandations pour le nettoyage;
- les techniques appropriées pour le nettoyage des organes génitaux;
- les techniques pour le dégagement des voies respiratoires;
- les techniques, trucs et astuces pour le nettoyage du nez, du nombril, des cheveux, des dents, des ongles, etc.
- les produits et techniques à éviter dans les soins d'hygiène du nouveau-né.

Le moment opportun lors duquel il convient d'informer la personne des besoins d'hygiène du nouveau-né dépend de la capacité de celle-ci, du type de soins requis, de la durée du séjour au lieu de naissance et du moment du congé. L'information se doit d'être fournie avant le congé et peut être rafraîchie pendant le suivi selon les besoins.



- 2.1.83 L'équipe soutient la personne accédant aux soins et services en périnatalité pour qu'elle reconnaisse les signes de faim, de proximité et de confort de son nouveau-né et y réponde.

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

Conseils

L'équipe soutient la personne accédant aux soins et services pour qu'elle initie une relation étroite, nourrissante et aimante avec son nouveau-né. Cette personne est informée de la façon de reconnaître les signes de faim, de proximité et de confort afin qu'elle puisse réagir en conséquence.

Dans le cas où la personne accédant aux soins et services ne peut pas rester dans la même pièce que son nouveau-né, l'équipe s'assure que les procédures organisationnelles permettent une présence parentale sans restriction et elle assure un environnement physique favorable. Des unités ouvertes 24 heures sur 24 et des endroits où les parents peuvent rester avec leurs nouveau-nés aussi longtemps que possible peuvent servir à cet effet. Lorsque cela n'est pas possible, l'équipe réunit la dyade au moment où le nouveau-né montre des signes qu'il nécessite la présence d'un parent.

- 2.1.84 L'équipe évalue, en se fondant sur des données probantes, les risques de mauvais traitements du nouveau-né, tout au long du continuum de soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Le cas échéant, et en accord avec la Loi sur la protection de la jeunesse, un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse est obligatoire s'il existe un risque raisonnable pour le développement et la sécurité de l'enfant.

- 2.1.85 L'équipe s'assure d'avoir accès à des activités d'apprentissage continues appropriée tout au long du continuum de soins et services en périnatalité.

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

Conseils



Tous les membres de l'équipe possèdent les compétences et qualifications requises pour leur permettre de travailler à pleine capacité lors de la prestation de soins et services. C'est la responsabilité des gestionnaires de l'établissement de revoir régulièrement quelles compétences sont requises afin d'assurer que l'équipe rencontre les besoins de la population.

Les activités sont fournies à la main-d'œuvre au moyen d'une approche standardisée et de manière continue afin de maintenir les compétences acquises et d'assurer que les qualifications des prestataires de soins et services demeurent à jour conformément aux principes d'équité, de diversité et d'inclusion adaptés à la population desservie, telles la communauté 2SLGBTQ+, les communautés autochtones, les communautés ethniques et d'autres populations mal desservies et marginalisées telles les réfugiés et les immigrants.

Les modules de formation se doivent d'être culturellement adaptés et présentés selon une gamme de plateformes afin de répondre aux besoins de la main-d'œuvre, comme des sessions virtuelles ou pré-enregistrées, des modules d'apprentissage sur le web et des sessions de formation en présentiel.

Les activités peuvent inclure les concepts suivants :

- l'identification des personnes à risque;
- la prévention auprès des populations à risque (en lien avec le programme SIPPE);
- la prévention de la maltraitance et de la prise en charge de la santé mentale pendant la grossesse;
- la prévention de la maltraitance auprès des nouveau-nés, notamment le syndrome du bébé secoué;
- la surveillance du bien-être foetal;
- la réanimation néonatale;
- la santé néonatale d'urgence;
- les approches physiologiques pendant la naissance;
- les approches pour favoriser et soutenir l'allaitement;
- l'alimentation des nouveau-nés;
- les pratiques du programme d'approches multidisciplinaires en prévention de risques obstétricaux (AMPRO^{OB});
- les pratiques de prise en charge et de soulagement de la douleur;
- le partage d'informations prénatales;
- les signes de complications à tous les stades de la grossesse et du travail;
- les saines habitudes de vies pendant la grossesse et après la naissance (tant pour les parents que pour le nouveau-né);
- les pratiques de sommeil sécuritaires;



- la prévention des risques de suicide;
- la maternité de substitution;
- les approches de soins et services adaptées aux traumatismes;
- le soutien aux personnes accédant aux soins et services et aux personnes proche aidantes à la suite d'une perte périnatale.

2.2 Pratiques transversales

2.2.1 Les équipes s'assurent que l'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.

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

Conseils

Les autres options aux soins et services de télésanté pourraient comprendre la visite en personne ou la consultation téléphonique avec un membre de la main-d'œuvre. Les usagers devraient s'attendre à recevoir la même qualité de soins et services, peu importe leur forme.

2.2.2 Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.

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

Conseils

Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents sont disponibles sur au point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées. La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :



- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;
- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle.

2.2.3 Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Par exemple, l'établissement peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.

2.2.4 Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

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

Conseils



Les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle ainsi que sur l'importance et la pertinence de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoire. L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les publics cibles. Le style de présentation est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension.

Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres et les écrans dans les salles d'attente.

- 2.2.5 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.

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

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique portent sur les moyens de détecter une éclosion, de déterminer sa cause (y compris si elle provient d'aliments contaminés), de recueillir des données ou des échantillons pour trouver d'autres cas, ainsi que de contenir une éclosion dès qu'elle est détectée.

- 2.2.6 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.

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

Conseils

Les membres de l'équipe responsables de recueillir et de mettre à jour l'information sur les allergies et les réactions indésirables aux médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur sont spécifiés. Les champs d'information relatifs aux allergies des usagers dans le profil et le type de réaction, la gravité et la date à laquelle l'allergie a été identifiée sont consignés.

- 2.2.7 Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.



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

Conseils

Il faut consulter le profil de l'utilisateur pour vérifier toutes les « bonnes » conditions de l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.

2.2.8 Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.

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

Conseils

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux ou à l'efficacité clinique. Les informations pertinentes sont consignées au dossier santé de l'utilisateur. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



Chapitre 3: Soins et services en périnatalité (usagers admis)

Contexte

Ce chapitre porte sur l'évaluation des soins et services en périnatalité pour les personnes accédant aux soins et services qui nécessitent une admission dans un milieu hospitalier de soins de courte durée entre la 28^e semaine de grossesse et le 7^e jour suivant la naissance du nouveau-né. Ce chapitre présente également l'orientation des transferts vers d'autres soins et services spécialisés ou de palier supérieur au besoin. L'évaluation de ce chapitre s'appuie sur les orientations ministérielles et les meilleures pratiques en périnatalité, telles que le Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028 et l'Initiative Amis des bébés (IAB).

3.1 **Épisodes de soins et services - Soins et services en périnatalité (usagers admis)**

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

POR

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

Test(s) de conformité

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

Conseils

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



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

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

3.1.2 L'équipe entretient des relations respectueuses avec la personne accédant aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Les membres de l'équipe favorisent des relations respectueuses, ouvertes et transparentes avec la personne accédant aux soins et services et les personnes proches aidantes :

- en se présentant et en expliquant leur rôle;
- en demandant la permission avant de prodiguer des soins et services et en expliquant les raisons;
- en utilisant un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations ou en rassurant la personne le cas échéant;
- en favorisant les conversations ouvertes et transparentes avec celle-ci et son ou sa partenaire de vie pour soutenir une approche de soins centrés sur la personne;



- en assurant une écoute active et une prise en compte de toute question ou toute rétroaction.

3.1.3 L'équipe respecte les croyances culturelles et spirituelles, le style de vie, ainsi que l'identité du genre de la personne accédant aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Il est question ici de reconnaissance de la personne en tant que personne à part entière, digne de respect, d'écoute, de soutien, et de compréhension.

De plus, il faut souligner que le respect de l'identité du genre se doit d'être fait en tout temps, même lorsque la personne accédant aux soins et services n'est pas présente. Ce respect peut se traduire par l'utilisation de libellés inclusifs, la correction des pronoms dans le dossier santé s'il y a lieu ou lors de conversations avec d'autres membres de la main-d'œuvre, et le fait de ne pas porter de jugements. Le cas échéant, le respect s'étend également au partenaire de vie de la personne accédant aux soins et services.

3.1.4 L'équipe confirme les pronoms ainsi que le nom de la personne accédant aux soins et services en périnatalité dans le cadre du processus d'accueil.

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

Conseils

Lorsqu'une personne accédant aux soins et services n'a pas précisé ses pronoms, un membre de l'équipe propose d'abord ses propres pronoms et demande en privé à chaque personne accédant aux soins et services ceux qu'elle utilise ou préfère. Cela doit être fait même si le sexe de la personne semble évident. Les pronoms peuvent inclure elle, il ou lui, ou d'autres néo pronoms comme « iel » ou « ellui ». Les membres de l'équipe corrigent ceux qui n'utilisent pas les bons pronoms ou noms de la personne accédant aux soins et services. L'équipe utilise également la terminologie préférée de la personne accédant aux soins et services pour référer à ses parties du corps. Enfin, les pronoms et le nom choisis de la personne accédant aux soins et services sont consignés dans leur dossier santé.



3.1.5 L'équipe respecte la procédure organisationnelle qui vise la confidentialité de la personne accédant aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Le respect de la vie privée s'étend également au partenaire de vie et au nouveau-né. Le respect de la procédure organisationnelle doit s'effectuer en tout temps et en relation à tout soin ou service.

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

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

Conseils

Les membres de l'équipe incluent la main-d'œuvre de l'établissement participant à la prestation des soins et services concernés, la personne y accédant, le partenaire de vie, et toute autre personne jugée nécessaire. Un langage clair et compréhensible est utilisé pour toute communication, incluant celui utilisé lors d'une urgence ou d'une situation critique.

3.1.7 L'équipe s'assure que la personne accédant aux soins et services en périnatalité participe à part égale et de façon active dans les processus décisionnels vis-à-vis ses soins et services.

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

Conseils

L'équipe s'assure de la compréhension de l'information présentée tout au long du continuum de soins et services. La prise de décisions partagée est un processus structuré selon lequel les prestataires de soins et services collaborent avec la personne y accédant afin qu'elle prenne des décisions fondées sur des données probantes et que ses valeurs et ses préférences soient intégrées à ces décisions.



Pour les nouveau-nés prématurés ou qui nécessitent des soins et services néonataux, les parents sont soutenus et encouragés à être les personnes proche aidantes principales.

3.1.8 L'équipe s'assure que la personne accédant aux soins et services en périnatalité peut être accompagnée par la ou les personnes de son choix.

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

Conseils

Les membres de l'équipe accueillent la ou les personnes proche aidantes, quelles qu'elles soient. Il peut s'agir de co-parents, de partenaires de vie, de jeunes, de doulas, de sages-femmes, de sages-hommes ou d'autres personnes. C'est le droit de la personne accédant aux soins et services de choisir cette ou ces personnes, conformément à la politique organisationnelle sur les visites, soit le respect du nombre maximum de personnes proche aidantes permises en salle d'accouchement, ou du nombre de visites restreint en temps de pandémie, par exemple. Un processus ou une démarche qui permet de régler les conflits entre la personne accédant aux soins et services et ses accompagnateurs concernant le niveau souhaité de participation est bien connu et appliqué par les membres de l'équipe.

Les parents ont un accès illimité à leur nouveau-né, à moins d'indications contraires, comme dans le cas d'une intervention de la part d'une agence de protection de l'enfance. Ainsi, la cohabitation des parents et du nouveau-né est assurée pendant toute la durée du séjour. À noter que la cohabitation inclut la présence des parents lors d'interventions auprès du nouveau-né.

3.1.9 L'équipe détermine les besoins de la personne accédant aux soins et services en périnatalité lors de l'évaluation initiale.

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

Conseils

L'évaluation des besoins est effectuée le plus tôt possible et est éclairée par l'historique et la condition clinique actuelle de la personne accédant aux soins et services, ainsi que



par les informations obtenues lors des transferts, s'il y a lieu. L'évaluation est guidée par une approche structurée et considère les besoins biopsychosociaux de la personne accédant aux soins et services.

3.1.10 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique tout au long du continuum de soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Les outils sont normalisés et adoptés par l'ensemble de l'équipe et, s'il y a lieu, dans l'ensemble de l'établissement. Les outils 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 normalisés présente des avantages tant pour la personne accédant aux soins et services que pour les prestataires. Parmi ces avantages, on compte une efficacité, une précision, une cohérence et une fiabilité accrues, ainsi que la possibilité d'une communication entre la personne accédant aux soins et services et les prestataires.

Les outils d'aide à la décision clinique utilisés varieront selon les besoins de la personne accédant aux soins et services et selon le type et la gamme de soins et services prodigués. Ces outils utilisés sont fondés sur des données probantes et pertinents pour les soins et services offerts.

3.1.11 L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé qui tient compte des préférences de la personne accédant aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Le plan de soins et services individualisé prend en compte la situation clinique et les ressources disponibles, et repose sur les résultats de l'évaluation des besoins de la personne accédant aux soins et services. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des équipes provenant d'autres programmes-services ou d'autres établissements, ainsi que de la personne accédant aux soins et services et de leurs personnes proche aidantes. Il comprend également des renseignements détaillés sur les



antécédents, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments de la personne accédant aux soins et services, y compris les problèmes ou les réactions indésirables aux médicaments.

Le plan comprend le lieu de la prestation des soins et services et la fréquence de ceux-ci, incluant les délais prévus avant leur début le cas échéant, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des soins et services, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin de ceux-ci, s'il y a lieu.

Les besoins et les préférences exprimés par la personne accédant aux soins et services, ainsi que les options pour ceux-ci, font l'objet de discussions avec cette personne ainsi qu'avec son ou sa partenaire de vie. L'équipe participe à une prise de décisions partagée qui tient compte des résultats attendus pour la personne accédant aux soins et services et des risques et bienfaits liés aux options.

Les sujets abordés dans le plan de soins et services individualisé peuvent comprendre :

- les stratégies de prise en charge de la douleur, y compris les impacts possibles des choix pharmacologiques sur l'allaitement et les façons proposées par l'équipe pour réduire ces impacts, le cas échéant;
- les décisions relatives à l'alimentation du nouveau-né, y compris les renseignements sur les services disponibles et ceux sur l'allaitement et la lactation en fonction de leur situation, tels les options pour tirer le lait maternel et l'accès à la banque de lait;
- les soins auto-administrés, y compris le sommeil, le bain et l'alimentation;
- les préférences liées à la religion et à la culture;
- la confidentialité, y compris en ce qui concerne les visiteurs;
- les épreuves diagnostiques et les traitements.

3.1.12 L'équipe soutient les pratiques culturelles et spirituelles ainsi que les choix personnels de la personne accédant aux soins et services en périnatalité pendant l'élaboration du plan de soins et services individualisé.

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

Conseils

La prestation de soins et services prend en compte les pratiques culturelles ou spirituelles qui peuvent être importantes pour la personne accédant aux soins et services et son ou sa partenaire de vie, tout en évitant tout effet négatif sur la main-d'œuvre ou les autres personnes y accédant. Un exemple d'une telle pratique est la purification par



la fumée. Les raisons spirituelles ou culturelles pour refuser les soins et services sont respectées.

Des efforts sont faits pour permettre l'utilisation de pratiques médicales complémentaires, parallèles ou traditionnelles. On ne s'attend pas à ce que l'établissement fournisse l'ensemble de ces services, mais leur accès ne doit pas être entravé.

Les choix personnels peuvent inclure ceux concernant les moyens de gestion de la douleur, ou de l'alimentation des nourrissons. Cependant, ils relèvent de la responsabilité de l'établissement d'indiquer clairement les cas où il ne peut pas raisonnablement garantir la conformité aux souhaits, comme dans le cas d'une personne accédant aux soins et services qui demande de n'être traitée que par une femme. Ce ne sont pas tous les établissements qui peuvent raisonnablement garantir cette particularité, et un énoncé à cet effet devrait donc être clairement communiqué.

- 3.1.13 L'équipe offre des conseils et de l'information à la personne accédant aux soins et services en périnatalité sur le soutien disponible pour les nouveau-nés prématurés ou ceux présentant des conditions cliniques inattendues.

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

Conseils

Cette démarche peut être guidée par des données probantes actualisées et des réglementations locales. La conversation doit porter sur les résultats et les capacités locales, ainsi que sur les possibilités de transfert vers un palier de soins supérieur ou vers un autre établissement, le cas échéant. Les renseignements peuvent également porter sur les attentes en matière de production de lait, de contact peau à peau, de méthode kangourou, d'allaitement une fois le nouveau-né en état stable, d'expression du lait maternel, de collecte du colostrum et de l'accès aux banques de lait.

Les parents de nouveau-nés prématurés ou présentant des conditions cliniques inattendues ont souvent besoin aussi d'un soutien psychologique ou d'interventions psychosociales.

- 3.1.14 L'équipe respecte la volonté de la personne accédant aux soins et services en périnatalité d'y mettre fin, de les limiter, ou d'être transférée vers un autre prestataire de soins et services.



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

Conseils

La personne accédant aux soins et services peut, en tout temps et à tout moment, demander de poursuivre ceux-ci avec un autre prestataire ou une autre équipe. Un effort doit être fait pour comprendre le raisonnement derrière la demande, afin d'accommoder celle-ci de manière appropriée. Cependant, on ne doit pas y donner suite si la demande est motivée par des propos discriminatoires ou des préjugés sur le statut du prestataire tel que son genre, sa nationalité, ou sa religion.

La prise de décisions partagée au sujet d'un transfert se fait en consultation avec les personnes proche aidantes ou le mandataire de la personne accédant aux soins et services, et tient compte de la capacité de cette personne de prendre des décisions. Les risques, de même que la disponibilité potentielle liés au transfert, ainsi que les autres services communautaires accessibles après le transfert sont examinés avec la personne accédant aux soins et services et ses personnes proche aidantes.

Un cadre d'éthique ou décisionnel fondé sur les valeurs est utilisé pour travailler avec la personne accédant aux soins et services qui a choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Si cette personne souhaite continuer d'obtenir des soins et services et si ceux-ci vont à l'encontre des recommandations de l'équipe ou vont au-delà de la capacité de l'établissement, un cadre d'éthique ou décisionnel fondé sur les valeurs est utilisé afin de parvenir à un résultat juste et équitable pour tous. De plus, un éthicien peut soutenir l'équipe dans les cas où des décisions difficiles doivent être prises.

- 3.1.15 L'équipe partage des renseignements complets avec la personne accédant aux soins et services en périnatalité pour lui permettre de prendre des décisions éclairées à cet effet.

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

Conseils

Le partage de renseignements détaillés et complets est essentiel pour pouvoir prendre des décisions partagées et effectuer des choix éclairés. Les renseignements sont fournis en fonction de ce qui est pertinent pour la situation et peuvent comprendre les bénéfices, les risques et les résultats possibles des options de soins et services fondées sur des données probantes et la façon de se préparer aux épreuves diagnostiques et aux



procédures. Les renseignements sont partagés en temps opportun et sont consignés dans le dossier santé. Il est crucial que les renseignements soient partagés de façon à ce que la valeur de l'intégrité de la personne accédant aux soins et services soit considérée de manière équivalente à celle du fœtus ou du nouveau-né. Cela est essentiel pour éviter toute forme de pression coercitive de la part des équipes afin d'induire la personne accédant aux soins et services à accepter une procédure suggérée, notamment si elle ressent de la peur ou de l'anxiété face à l'état de santé anticipé du nouveau-né.

Au moment de fournir des renseignements à la personne accédant aux soins et services et à son ou sa partenaire de vie, le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, la capacité ainsi que la langue et la culture sont pris en compte. Des processus de vérification de la compréhension adaptés sont utilisés.

Des outils et des ressources sont offerts à la personne accédant aux soins et services pour l'aider à gérer elle-même son état de santé, tels qu'un plan d'action, des jeux de rôles, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe. Les sujets de formation sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation (notamment celle des nouveau-nés), les techniques de gestion des symptômes, les facteurs de risque, la gestion de la fatigue et du sommeil, la gestion des médicaments, la gestion des émotions (y compris l'éducation sur les pleurs persistants du nouveau-né et le syndrome du bébé secoué), les changements sur le plan cognitif et de la mémoire, la formation en communication avec des prestataires de soins et services et d'autres personnes, ainsi que la prise de décisions liées à des questions de santé.

- 3.1.16 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité de la personne accédant aux soins et services en périnatalité à donner son consentement éclairé, à choisir un soin ou à le refuser.

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

Conseils

L'évaluation de la capacité à donner son consentement se fait de façon continue par le prestataire le plus responsable, conformément à la procédure organisationnelle.

Dans le cadre de la prise de décisions, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre les renseignements pertinents à la prise de décisions, prévoir les



conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier. Le consentement offert est validé en invitant la personne l'ayant donné à répéter ce à quoi elle consent.

Les lois pancanadiennes et régionales sont respectées en ce qui concerne l'obtention du consentement auprès des enfants. Les personnes jugées inaptes à donner leur consentement sont associées dans toute la mesure du possible aux décisions qui concernent les services qu'elles reçoivent, selon leur droit d'être informées.

3.1.17 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où la personne accédant aux soins et services en périnatalité est jugée inapte.

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

Conseils

L'équipe et les gestionnaires coopèrent lorsque le consentement éclairé pose un problème afin de suivre la procédure conformément aux lois applicables.

Le mandataire de la personne accédant aux soins et services est consulté lorsque cette dernière n'est pas en mesure de prendre des décisions elle-même.

Une directive préalable est utilisée, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits de la personne accédant aux soins et services. Dans ce cas, le mandataire de la personne 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 options qui s'offrent à elle. Le mandataire de la personne peut être désigné selon la loi applicable ou peut être un représentant choisi par la personne.

Si le consentement est donné par un mandataire de la personne accédant aux soins et services, son nom, son lien avec cette personne, ainsi que la décision prise, sont consignés dans le dossier santé de celle-ci.

Lorsqu'il s'agit d'enfants, le consentement éclairé est donné par l'enfant, le parent, ou le mandataire, et est inscrit au dossier santé avant la prestation de soins et services. Le processus de consentement comprend la participation des enfants, dans la mesure du possible, aux décisions concernant leur soin ou service, leur intervention ou leur traitement, et la prise en compte de leurs questions et de leur contribution.



3.1.18 L'équipe consigne le consentement éclairé sur une base continue tout au long du continuum de soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Le processus conduisant au consentement éclairé comprend les étapes suivantes :

- examiner les renseignements sur les soins et services avec la personne accédant aux soins et services, les personnes proche aidantes ou le mandataire de cette personne;
- informer la personne accédant aux soins et services des possibilités, des solutions de rechange, des conséquences possibles si le soin ou service n'est pas effectué, et leur laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de demander un consentement;
- respecter les droits, la culture et les valeurs de la personne accédant aux soins et services, y compris le droit de refuser de donner son consentement à tout moment;
- consigner la décision dans le dossier santé, qu'elle ait été obtenue de façon verbale ou écrite.

Le processus de consentement est itératif et continu, avant chaque intervention ou procédure, pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, dans le post-partum immédiat, aux heures de transition et au moment du congé ou d'un transfert.

Toute situation présentant un risque immédiat de préjudice grave pour la vie ou l'intégrité de la personne accédant aux soins et services ou du nouveau-né est considérée comme une urgence. Dans un cas d'urgence où le consentement de la personne ou de son mandataire ne peut être obtenu en temps opportun, l'équipe peut agir sans consentement, mais ne peut prodiguer que les soins et services essentiels pour stabiliser la personne ou le nouveau-né. De plus, l'équipe doit demeurer consciente que la décision de la personne prévaut avant la naissance et tant et aussi longtemps que le fœtus n'est pas né, afin de ne pas compromettre l'intégrité de la personne accédant aux soins et services au profit de celle du fœtus.

Le consentement implicite intervient lors de la prestation de soins et services pour lesquels un consentement écrit n'est pas nécessaire, par exemple, lorsque la personne accédant aux soins et services arrive pour un rendez-vous, ou encore lorsque cette personne se présente avec un ou plusieurs problèmes de santé potentiellement mortels ou très urgents et nécessitent une réanimation immédiate. Même dans ces cas de consentement implicite, l'équipe explique ce qui se passe.



3.1.19 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour obtenir le consentement éclairé pour le nouveau-né dans le cadre des soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Le consentement au nom du nouveau-né est obtenu auprès d'un parent, d'un parent d'accueil (si une documentation officielle le montre), ou d'un mandataire. Lorsqu'un parent ou un mandataire refuse un soin ou service essentiel, le potentiel de menace pour le bien-être ou la vie du refus de ce soins ou service est expliqué en détail. L'établissement se doit de respecter les lois en place sur l'imposition de traitements en cas d'urgence où la vie est menacée, ou si une décision de la Cour l'exige. La collaboration des services sociaux et des services éthiques peut être bénéfique dans de telles situations.

3.1.20 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer les droits et les responsabilités des personnes accédant aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Les droits des personnes accédant aux soins et services et ceux de leur partenaire de vie comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment leurs renseignements sont utilisés, le droit d'avoir accès à leur dossier santé et aux renseignements qui les concernent, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles, le droit de prendre des risques et de ne subir aucun mauvais traitement, aucune exploitation, aucune discrimination, ainsi que le droit de déposer une plainte et de signaler une violation de leurs droits.

Les droits des personnes accédant aux soins et services et de leur partenaire de vie en matière de prestation de soins et services comprennent ceux d'être avec leur nouveau-né, de refuser un soin ou service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation d'un soin ou service; de prendre part à tous les aspects d'un soins ou service et de faire des choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation d'un soin ou service; de remettre en question une décision relative au plan de soins et services individualisé ou de déposer une plainte; de participer ou de refuser de participer à une



recherche ou à des essais cliniques; de recevoir des soins et services sécuritaires et offerts par des personnes compétentes; et, de faire part de leurs inquiétudes quant à la qualité d'un soin ou service.

Les responsabilités des personnes accédant aux soins et services et celles de leur partenaire de vie comprennent le fait de traiter les autres avec respect, la communication de renseignements exacts, le signalement des risques pour la sécurité et la conformité aux réglementations.

Lorsqu'une personne accédant aux soins et services refuse les soins et services recommandés, un soutien complet est fourni, la conversation ou la discussion est documentée et cette personne doit signer un formulaire de refus de traitement.

3.1.21 L'équipe assure le respect des droits du nouveau-né dans la gestion et la prestation des soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Il est particulièrement important de protéger les droits des nouveau-nés puisqu'ils ne peuvent exprimer eux-mêmes leurs souhaits. Les nouveau-nés ont le droit à des soins et services sécuritaires et à la norme de santé la plus élevée possible. Ils ont également le droit d'être pris en charge par leurs parents. L'équipe assure une nutrition et une gestion de la douleur optimale pour le nouveau-né et évite les séparations injustifiées de ses parents, y compris lors de transitions des soins et services ou de transferts vers d'autres établissements. De plus, il est important que tous les soins et épreuves diagnostiques routinières auprès du nouveau-né, comme les injections de vitamine K ou le repérage des maladies métaboliques et héréditaires, soient effectués en présence des parents.

3.1.22 L'équipe adhère au cadre d'éthique de l'établissement pour traiter de façon proactive les questions d'ordres éthiques survenant lors de la prestation de soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Les questions d'ordres éthiques comprennent les cas où des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces



questions peuvent être complexes et mettre à risque le pronostic vital du nouveau-né ou de la personne accédant aux soins et services. Ces questions peuvent aussi être liées aux activités quotidiennes. Parmi les exemples, on compte les conflits d'intérêts, le respect du choix d'une personne accédant aux soins et services de vivre avec des risques, les demandes de retrait ou de cessation de certains soins ou services. Ces derniers comprennent aussi ceux de maintien en vie et les soins en fin de vie, y compris les interruptions tardives de grossesse. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans les cas où des décisions difficiles doivent être prises.

L'équipe suit un processus d'examen éthique pour déterminer quand il convient de faire participer une personne accédant aux soins et services dans une activité de recherche, conformément au cadre d'éthique de la recherche en vigueur de l'établissement.

3.1.23 L'équipe communique les possibilités de participation aux projets de recherche en cours aux parents du nouveau-né.

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

Conseils

Les parents du nouveau-né ont le droit d'être informés des possibilités de participer à des activités de recherche. Ils peuvent contribuer à ces projets soit à titre de participants ou à titre d'experts en la matière agissant comme chercheurs contributeurs ou cochercheurs. Les parents du nouveau-né souhaitant participer à des projets de recherche doivent être informés de ces activités et de la manière d'obtenir des informations supplémentaires sur les modalités de participation. Si la recherche fait partie du mandat de l'établissement, les équipes devraient être à l'affût des recherches en cours et offrir aux parents de nouveau-nés la possibilité d'y participer. Les équipes doivent également s'informer des possibilités de formation auprès des responsables de la recherche et des établissements associés sur la recherche orientée vers les nouveau-nés afin d'y participer et de soutenir la participation des parents et nouveau-nés.

3.1.24 L'équipe utilise une approche de soins et services en périnatalité adaptée à la prévention de traumatismes et de violences en milieux de naissance.

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

Conseils



Le trauma n'est pas associé de manière systématique à une pathologie ou un phénomène physique. Il arrive souvent qu'un traumatisme en milieu de naissance se rapporte au non-respect des demandes et souhaits de la personne accédant aux soins et services, ainsi qu'à un sentiment de n'avoir pas été respectée en tant que personne à part entière. La valeur et l'intégrité individuelle peuvent en être affectées. De plus, une approche adaptée aux traumatismes prend en compte les expériences ultérieures négatives que cette personne a pu vivre. Cela est particulièrement probant lorsque la personne accédant aux soins et services fait partie d'une ou de plusieurs communautés marginalisées et racialisées. L'adoption d'une telle approche envers les soins et services permet de diminuer le risque de violences en milieu de naissance.

De plus, une grossesse ou un accouchement traumatique aux yeux du parent peut augmenter la probabilité d'un trouble de l'humeur périnatal, ainsi que de troubles de l'anxiété et de dépression. Il convient de noter que la naissance prématurée ou l'accouchement d'un enfant malade peut être traumatisant et peut mettre en cause un large éventail de sentiments ressentis par le ou les parents, notamment le choc, l'incertitude, la tristesse, entre autres. Une grossesse ou un accouchement traumatique peut accroître les difficultés à créer des liens avec le nouveau-né et à s'identifier au rôle de parent.

3.1.25 L'équipe respecte les lois sur la maternité de substitution et l'adoption tout au long du continuum de soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Les lois peuvent varier selon le territoire de compétence et des ressources juridictionnelles peuvent être disponibles pour aider à gérer ces situations. L'entente individuelle de maternité de substitution est également respectée.

3.1.26 Les équipes suivent la procédure organisationnelle à l'occasion d'une mort fœtale intra-utérine ou d'une mort néonatale.

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

Conseils



Un processus a été mis en place pour tenir compte du fait que certains parents ou personnes proche aidantes subissent une perte fœtale ou néonatale.

Il peut s'agir de fournir un berceau réfrigérant, une chambre éloignée de celles des autres personnes accédant aux soins et services avec des nouveau-nés qui pleurent, ou encore de favoriser les services d'un photographe ou la création d'autres souvenirs, tels des impressions des mains et des pieds, selon les capacités de l'établissement.

Enfin, l'équipe suit les exigences de la procédure organisationnelle par rapport à la déclaration des décès, pour tout décès fœtal, néonatal, et parental.

3.1.27 Les équipes offrent du soutien aux parties prenantes à l'occasion d'un décès périnatal ou d'un décès d'une personne ayant accédé aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Les personnes accédant aux soins et services, les partenaires de vies, les personnes proche aidantes, les membres de l'équipe, les autres membres de la main-d'œuvre et les bénévoles sont soutenus de façon adaptée à la situation pendant leur séjour en milieu de naissance et sont ensuite référés vers les ressources externes pertinentes.

Les personnes proche aidantes peuvent également nécessiter un accès aux services sociaux, à un soutien spirituel ou à d'autres ressources.

3.1.28 L'équipe est informée des recommandations émises à la suite de l'étude des causes d'accouchements de mort-nés ou de décès néonataux.

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

Conseils

Le comité interdisciplinaire peut assurer l'accès à la pathologie périnatale.

Les causes d'une mort fœtale ou d'un décès néonatal ne sont pas toujours claires ou connues. Dans de tels cas, la réalisation d'une étude post-mortem permet d'éliminer certaines causes possibles ainsi que de déterminer l'influence potentielle de facteurs de



risques comme la présence d'une infection, d'une maladie ou d'une condition chronique, d'une grossesse prolongée, de l'utilisation de tabac, d'alcool, ou de drogues durant la grossesse, ou encore d'un traumatisme chez la personne accédant aux soins et services.

La détermination de la ou les causes d'un accouchement d'un enfant mort-né ou d'un décès néonatal permet d'offrir un meilleur soutien à la personne accédant aux soins et services. Notamment, cela permet de prendre en compte les facteurs de risque les plus probants pour cette personne afin de déterminer ses besoins et de dresser un plan de soins et services individualisé dans l'éventualité où elle fait l'expérience d'une nouvelle grossesse. De plus, ces informations permettent d'offrir de façon plus efficace un soutien émotionnel et psychosocial ainsi qu'un accompagnement au deuil.

3.1.29 L'équipe offre une gamme de soins et services hiérarchisés aux personnes accédant aux soins et services en périnatalité, en temps opportun.

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

Conseils

Les soins et services essentiels sont définis en fonction des types de soins et services offerts et des besoins des personnes y accédant. Les différentes autorités compétentes peuvent disposer de documents définissant les types et niveaux de soins et services considérés comme essentiels.

Les procédures correspondent aux directives inspirées par les meilleures pratiques. Dans les zones rurales ou éloignées où les grossesses sans complication sont prises en charge sans possibilité de césarienne, des protocoles sont en place pour un transfert vers un établissement disposant des capacités pour effectuer une césarienne. Des protocoles sont également en place pour le transfert au besoin du nouveau-né vers un centre disposant du niveau adéquat de soins ou de capacités néonatales.

De plus, en cas d'urgence, d'anormalité, de complication ou d'événement préjudiciable, des politiques ou des protocoles de recours à la hiérarchie des soins et services précisent les membres de l'équipe avec lesquels on devrait communiquer et dans quelles circonstances. L'équipe connaît les délais de réponse appropriés et sait qui contacter en l'absence de réponse.

Les circonstances exigeant la mise en œuvre de politiques ou de protocoles de recours à la hiérarchie des soins et services peuvent inclure l'hémorragie post- et ante-partum, les interventions nécessitant une salle d'opération, le manque de ressources humaines et matérielles, comme la pénurie de lits, ou certaines conditions fœtales.



Tous les membres de l'équipe sont autorisés à utiliser les codes d'appel et sont à l'aise de le faire.

- 3.1.30 L'équipe s'assure que la personne accédant aux soins et services en périnatalité est informée des ressources disponibles pour l'offre de ceux-ci.

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

Conseils

La personne accédant aux soins et services est informée des ressources disponibles au sein de l'établissement et des soins et services complémentaires offerts dans la communauté. La personne y accédant est informée des limites de l'établissement, comme la disponibilité des pédiatres, la possibilité de pratiquer une césarienne, le délai avant la césarienne, ou le niveau de soins néonataux offerts. La disponibilité de certains soins et services peut varier d'une région à une autre, selon la capacité des établissements, les compétences de la main-d'œuvre ou les distances à parcourir pour accéder aux soins et services.

En régions éloignées, par exemple, les prestataires de soins et services doivent discuter avec la personne y accédant des soins et services qui peuvent être prodigués sur place, et de ceux au sein du continuum de soins et services qui nécessitent un déplacement vers une autre région.

- 3.1.31 L'équipe dispose de critères cliniques définis pour la hiérarchisation des soins et services offerts en périnatalité.

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

Conseils

La capacité de l'équipe ainsi que le niveau de soins et services offerts par l'établissement sont pris en compte de manière à préciser si les besoins de la personne y accédant peuvent être satisfaits dans l'établissement où elle se présente. Les critères de hiérarchisation peuvent être définis par l'autorité administrative appropriée, telle que le ministère de la Santé et des Services sociaux au Québec.



En particulier, une attention doit être portée à l'évaluation de risques liés à la grossesse et à l'accouchement afin d'orienter la personne accédant aux soins et services vers ceux qui sont appropriés. Cette évaluation peut être faite au moyen d'une liste de vérification éclairée par des données probantes et qui présente les facteurs de risques suivants :

- déterminants sociaux;
- antécédents médicaux;
- autres critères cliniques.

La personne accédant aux soins et services qui se présente dans un établissement dont le niveau de soins et services ne correspond pas à ses besoins est transférée vers une équipe ayant l'expertise requise.

Par conséquent, l'accès à des services consultatifs appropriés doit être assuré. Les services consultatifs peuvent comprendre, entre autres, ceux des pédiatres, des néonatalogistes, des spécialistes en médecine fœto-maternelle, des obstétriciens-gynécologues, des anesthésistes, des cardiologues, des neurologues, des néphrologues, des hématologues, des endocrinologues, des spécialistes en médecine interne, des chirurgiens, des sages-femmes, des sages-hommes, des travailleurs sociaux, des psychiatres, des services de soutien social ou des services de deuil.

3.1.32 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour orienter les transferts vers des soins et services en périnatalité spécialisés intra- ou inter-établissements pour les nouveau-nés dans les cas où l'équipe est incapable de répondre à leurs besoins anticipés ou réels.

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

Conseils

Dans le cas où l'établissement est incapable de répondre aux besoins des nouveau-nés, la raison en est expliquée. L'accès à d'autres soins et services, y compris le transfert, est favorisé. L'établissement dispose d'une procédure organisationnelle ou d'un plan de transfert au besoin vers un centre spécialisé qui assure la continuité des soins et services. Les renseignements sont consignés en vue d'être utilisés lors du transfert et dans la planification des soins et services.

Dans le cas de transferts vers des soins et services pour le nouveau-né, l'équipe évite la séparation de la dyade parent-enfant pendant les transitions. Il n'y a pas de raisons



médicales de séparer les nouveau-nés de leurs parents; si une séparation est nécessaire pour des raisons d'infrastructure, tous les efforts sont déployés pour que la dyade reste ensemble autant que possible.

3.1.33 L'équipe inclut la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé de la personne accédant à ces soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Dans le contexte où la personne accédant aux soins et services doit être transférée, l'équipe discute avec cette personne du plan de soins et services individualisé y compris ses objectifs et ses préférences; des soins et services offerts; des problèmes cliniques ou autres; de ce à quoi s'attendre durant la transition; des rendez-vous de suivi; des plans d'exercice et d'alimentation, s'il y a lieu; des coordonnées des membres de l'équipe et des détails quant aux situations exigeant un contact avec l'équipe.

Les changements de quart de travail, les transferts, l'accueil dans un établissement ou le départ de celui-ci ou encore le passage à un autre prestataire de soins et services de la communauté, ainsi que la fin des soins et services sont des exemples de moments clés de transition.

Les discussions avec la personne accédant aux soins et services et son ou sa partenaire de vie au sujet de la transition les aident à mieux comprendre le processus et leur donnent l'occasion de poser des questions, afin de mieux les préparer et d'améliorer la continuité des soins et services. Elles permettent aussi de s'assurer que tous les renseignements sont précis et complets, et que les volontés de la personne accédant aux soins et services sont respectées.

Le plan de soins et services individualisé du nouveau-né doit être élaboré avec les parents et être personnalisé pour atteindre leur objectif en matière de nutrition et de gestion de la douleur du nouveau-né, et aborder les habitudes et pratique de sommeil, la fréquence des bains, entre autres. Pour les nouveau-nés allaités, le plan inclut des informations quant à l'endroit où s'adresser et la personne à contacter en cas de problèmes. Si le nouveau-né reçoit des substituts au lait maternel tels une préparation commerciale pour nourrisson au moment du congé, le plan de soins et services individualisé doit inclure des stratégies pour réduire les préparations commerciales pour nourrissons si possible.



Les parents sont informés des endroits où ils peuvent obtenir un soutien dans la communauté, tel soutien à l'allaitement, à la sécurité alimentaire et au logement et sont dirigés au besoin vers des services sociaux.

- 3.1.34 L'équipe respecte la procédure organisationnelle de transfert inter-établissements pour assurer que ce transfert est adapté aux besoins de la personne accédant aux soins et services en périnatalité.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Cette procédure est claire et définie selon un ensemble de critères cliniques. Entre autres, la procédure doit indiquer le type d'accompagnement requis, l'équipement médical, la médication, les moyens de transports disponibles et lesquels utiliser dans quelles situations, et comment communiquer toutes les informations nécessaires entre les différentes équipes concernées.

Ces transferts peuvent inclure, par exemple, le transfert d'un domicile ou d'une maison de naissance à un centre hospitalier, ou encore, dans le cas de complications majeures, à un centre hospitalier d'un palier supérieur. Un tel transfert est nécessaire pour assurer la sécurité de la personne accédant aux soins et services et celle du nouveau-né lorsque des complications surviennent.

- 3.1.35 L'équipe a connaissance des soins et services en périnatalité offerts par l'ensemble des autres programmes-services.

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

Conseils

Il est essentiel que les équipes soient au courant des soins et services offerts tant au sein qu'à l'extérieur de l'établissement et hors de la sphère des programmes-services. Ainsi, des transferts efficaces peuvent être coordonnés en temps opportun dans les cas où l'équipe ou l'établissement n'est pas en mesure d'offrir les soins ou services nécessaires à la personne y accédant ou au nouveau-né, afin d'en assurer une offre ininterrompue.

- 3.1.36 L'équipe facilite l'accompagnement de la personne accédant aux soins et services en périnatalité vers les ressources appropriées.



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

Conseils

Cet accompagnement est indiqué dans le plan de soins et services individualisé et est fondé sur les résultats de l'évaluation des besoins – incluant le soutien en matière de santé psychologique – de la personne accédant aux soins et services et de son ou sa partenaire de vie.

La liaison efficace aux soins et services appropriés est assurée par une gamme d'outils d'aide à la décision clinique.

Une évaluation des besoins globaux de la personne accédant aux soins et services est effectuée tout au long du parcours de soins et services de ceux-ci, car les besoins peuvent évoluer avec le temps. Il est important de considérer que, dans les cas où le nouveau-né n'est pas en bonne santé, il est possible que les (futurs) parents aient besoin d'un encadrement ou d'un soutien particulier.

3.1.37

L'équipe assure l'accès à du soutien pour les personnes proche aidantes en soins et services en périnatalité qui se trouvent dans le besoin de prendre en charge le nouveau-né en situation d'urgence.

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

Conseils

Ces cas incluent par exemple une situation où la personne ayant donné naissance est indisposée ou décède à la suite de l'accouchement, ou les cas d'adoption ou de maternité de substitution. La personne proche aidante qui doit prendre en charge le nouveau-né n'avait pas nécessairement planifié de le faire et requiert donc un soutien particulier. Un plan de soins et services individualisé peut être préparé afin d'accompagner la personne en question.

De plus, dans les cas où le nouveau-né n'a pas de parent ou de personne proche aidante disponible, un soutien particulier au nouveau-né peut s'avérer nécessaire. L'équipe communique avec les services sociaux, la société d'aide à l'enfance ou les groupes de défense des enfants, le cas échéant. Dans de tels cas, certains établissements peuvent faire appel à une famille d'accueil pour en prendre la charge.



3.1.38 L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.

POR

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

Test(s) de conformité

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

Conseils

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

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

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

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

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



Conseils

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

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

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

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

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

Conseils

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

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



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

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

3.1.38.4 L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

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

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

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

L'information recueillie au cours de l'évaluation est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Elle



est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 3.1.38.5 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager. Les chutes et les blessures qui en découlent qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents.

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

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

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

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur



reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

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

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

- L'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- Les stratégies préventives qui interpellent l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire, comme le partage de l'état de mobilité de l'utilisateur sur son tableau de communication;
- Les stratégies qui permettent aux membres de l'équipe de réduire les risques de chutes et de blessures lorsqu'ils offrent un soutien aux usagers;
- Ce qu'il faut faire lorsqu'une chute ou une blessure qui en découle se produit dans le milieu de soins, ou dans un espace public, y compris la déclaration d'un incident ou accident.

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

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

- 3.1.38.7 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention des chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.



Conseils

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

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent.

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

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

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

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

POR

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

[Test\(s\) de conformité](#)



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

Conseils

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

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

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

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

3.1.39.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

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

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède



pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée avec des outils d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes qui reflètent les soins et services prodigués, le milieu de soins, et les populations desservies.

Les outils d'évaluation sélectionnés peuvent inclure des méthodes permettant d'évaluer notamment :

- La couleur de la peau, son humidité, sa température, sa texture, son élasticité et la présence de lésions ou de déchirures;
- La perception sensorielle de l'utilisateur, son activité physique, sa mobilité et son exposition à la friction, au cisaillement, à l'humidité et aux facteurs de risques environnementaux;
- La capacité de l'utilisateur à gérer sa propre intégrité cutanée, y compris le maintien d'une bonne hygiène, d'une saine alimentation et d'un bon apport hydrique;
- Les risques associés aux comorbidités, comme le diabète, ou les risques associés aux interventions planifiées, comme la chirurgie ou les thérapies anticancéreuses.

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

3.1.39.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- La mise en œuvre de stratégies visant à optimiser l'intégrité de la peau, comme la mobilité, l'hydratation, la nutrition et l'utilisation de crèmes protectrices;
- La réalisation des réévaluations;



- La revue des médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité de la peau;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils comme des lève-personnes, des coussins ou matelas à réduction de pression.

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

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

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager.

Il est question d'atteinte nosocomiale à l'intégrité de la peau lorsqu'une déchirure cutanée, une infection, une pression ou une autre lésion cutanée est causée par une intervention de soins, ou une variation involontaire de la qualité des soins et services.

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

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

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



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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les préjudices et optimiser l'intégrité de la peau. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

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

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

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

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

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



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

Conseils

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

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

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

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

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



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

POR

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

Test(s) de conformité

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

Conseils

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

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

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

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

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



3.1.40.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour l'utilisation des outils d'aide à la décision clinique afin de déterminer les interventions requises pour un usager dont le repérage du risque de thromboembolie veineuse est positif.

Conseils

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

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

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

3.1.40.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.

Conseils

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

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



- Une thromboprophylaxie mécanique, comme l'utilisation d'un dispositif pneumatique intermittent.

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

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

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

Conseils

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

La procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un utilisateur. Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.



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

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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir la thromboembolie veineuse. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

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

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

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

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

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



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

Conseils

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

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

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

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

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



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

POR

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

Conseils

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

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

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

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

Test(s) de conformité

3.1.41.1 L'information qui doit être partagée lors des transitions des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins et services, transfert et congé.



- 3.1.41.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.
- 3.1.41.3 Lors des transitions, les usagers et les personnes proches aidantes reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins et services.
- 3.1.41.4 L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.
- 3.1.41.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
 - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).

3.1.42 L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.

POR

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

Test(s) de conformité

- 3.1.42.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.



Conseils

Le meilleur schéma thérapeutique possible est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. Les transitions de soins ont lieu lorsqu'un usager passe d'un milieu de soins à un autre.

La procédure organisationnelle définit la manière d'obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des transitions de soins, en incluant au moins les éléments suivants :

- Des entretiens virtuels ou en personne avec l'utilisateur, ou la personne responsable de la gestion des médicaments de cet usager. Ces discussions sont menées de manière à encourager la transmission complète des renseignements concernant la prise de médicaments, y compris les médicaments sur ordonnance, les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tous les remèdes traditionnels ou complémentaires;
- La vérification de la liste des médicaments obtenue de l'utilisateur auprès d'au moins une autre source d'information fiable. Les sources d'information peuvent provenir du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire, du dossier santé de l'utilisateur, de la liste des médicaments au congé de l'hôpital ou de la feuille d'administration des médicaments.

La procédure organisationnelle est à jour et fondée sur des données probantes. La procédure identifie les transitions de soins au cours desquelles le meilleur schéma thérapeutique possible de l'utilisateur doit être réalisé. À titre d'exemples, il peut s'agir de la transition d'un usager vers ou depuis un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, un milieu de soins et services ambulatoires comme une clinique d'oncologie, ou un milieu de soins et services primaires où les médicaments sont gérés.

Le meilleur schéma thérapeutique possible est consigné dans le dossier santé de l'utilisateur. L'information est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 3.1.42.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.

Conseils

Les divergences entre les médicaments non résolues, qu'elles soient



intentionnelles ou non, peuvent entraîner des erreurs de médication et causer un préjudice à l'utilisateur, occasionner des rencontres cliniques non planifiées et des coûts connexes pour le système de santé. Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une prescription inappropriée et à la duplication des médicaments ayant une action thérapeutique.

Les divergences entre les médicaments sont identifiées et documentées par un membre au sein de l'équipe ayant les compétences pour le faire. Le meilleur schéma thérapeutique possible est comparé à ce qui a été récemment prescrit ou à ce qu'il est prévu de prescrire.

Les divergences identifiées sont documentées et communiquées au prescripteur de l'ordonnance. Les divergences sont résolues de manière opportune conformément à la procédure organisationnelle.

La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. Toutefois, le risque de divergences entre les médicaments est considérablement réduit lorsque le meilleur schéma thérapeutique possible est établi avant la rédaction d'une ordonnance. L'utilisation de technologies de l'information interopérables contribue à rendre le bilan comparatif des médicaments plus fiable et plus efficace.

Tous changements de médication sont discutés avec l'utilisateur afin de s'assurer qu'ils reflètent ses objectifs et ses préférences de traitement. Ces discussions permettent à l'utilisateur de comprendre quels médicaments doivent être arrêtés ou modifiés, quelles sont les interactions potentielles avec les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tout remède traditionnel ou complémentaire, et comment se départir des médicaments inutiles.

La liste précise des médicaments est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 3.1.42.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les incidents qui causent ou auraient pu causer préjudice à un utilisateur liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.



Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents afin d'éviter les préjudices, réduire les erreurs et atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager.

Les incidents liés au maintien d'une liste précise de médicaments lors des transitions de soins comprennent les cas où le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué, est effectué de façon incorrecte ou n'est pas effectué en temps opportun et aurait pu causer un préjudice ou a causé un préjudice à un usager.

La procédure de déclaration des incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

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

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

- 3.1.42.4 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins. En tant que membre de l'équipe, l'usager reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.



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

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

- L'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- Les stratégies pour faire participer activement l'utilisateur dans la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, y compris l'évaluation de la connaissance des médicaments de l'utilisateur;
- La communication des changements de médication lors des transitions de soins;
- La formation sur les outils d'aide à la décision clinique du bilan comparatif des médicaments de l'établissement et sur la technologie interopérable;
- La déclaration des incidents liés au maintien d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents.

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

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

- 3.1.42.5 L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.



Conseils

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

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

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

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles concernant le bilan comparatif des médicaments, y compris l'évaluation de la fiabilité et de l'exactitude des meilleurs schémas thérapeutiques possibles et l'évaluation des taux de résolution des divergences entre les médicaments et de la rapidité d'exécution;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à la tenue à jour d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur sur l'applicabilité de la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

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



3.1.43 L'équipe utilise des outils de repérage normalisés pour détecter les troubles de santé mentale chez la personne accédant aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

L'équipe partage de l'information sur les problèmes liés à la santé mentale à toutes les personnes accédant aux soins et services avant leur congé. De plus, les personnes proche aidantes reçoivent de l'information sur l'accompagnement et le soutien de la personne accédant aux soins et services, afin de les outiller pour effectuer ce rôle de manière plus efficace. L'évaluation des troubles de santé mentale prend en considération la dimension psychosociale.

Toute personne proche du de la personne ayant donné naissance doit recevoir de l'information sur les signes d'alerte nécessitant une consultation, afin qu'un soutien professionnel puisse être amorcé.

Une référence vers les soins et services appropriés est faite, le cas échéant.

3.1.44 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour soutenir la gestion de la douleur de la personne accédant aux soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés pour établir l'intensité, les caractéristiques, l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que ses impacts sur les activités habituelles des personnes accédant aux soins et services. L'impact des traumatismes sur l'expérience de la douleur et sur le bien-être psychologique est reconnu. La réponse aux demandes de prise en charge de la douleur est rapide.

Les stratégies de gestion de la douleur pour la personne accédant aux soins et services peuvent comprendre des interventions physiques, comportementales et psychologiques, comme des mouvements, des massages, un positionnement du corps particulier et des soins individuels, l'emploi d'analgésiques, y compris des opioïdes, ou le recours à l'anesthésie épidurale au besoin. Toute douleur associée à l'allaitement est soutenue par une formation appropriée et des techniques de positionnement et de mise au sein.



La personne accédant aux soins et services est informée de l'effet possible des médicaments sur le fœtus et sur le début de l'allaitement, ainsi que de son succès et de sa sécurité pour le nouveau-né.

Pour le nouveau-né, la prise en charge de la douleur peut comprendre l'allaitement, le tétage au sein ou la succion sur une suce dans les cas où la personne ayant accouché n'allait pas, le contact peau à peau ou la méthode kangourou et une solution de saccharose pendant les procédures douloureuses.

Les options de médications contre la douleur post-partum, si elles sont requises, sont présentées à la personne accédant aux soins et services et son ou sa partenaire de vie une fois leur congé obtenu du lieu de naissance.

3.1.45 L'équipe utilise les données du bilan prénatal du premier et deuxième trimestre afin de planifier le suivi de grossesse du troisième trimestre.

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

Conseils

Les données du bilan prénatal du premier et deuxième trimestre devant être prises en compte incluent, entre autres, le bilan sanguin du 1^{er} trimestre, les résultats du repérage du diabète gestationnel entre 24 et 28 semaines de grossesse, les résultats du repérage génétique, les échographies de datation et l'échographie anatomique des 1^{er} et 2^{ème} trimestres. L'équipe doit également s'assurer que les suivis de vaccinations, tels ceux contre l'influenza, la coqueluche, ou la Covid-19, ont été effectués.

3.1.46 L'équipe s'assure que la personne accédant aux soins et services en périnatalité a compris les informations relatives à l'avis de grossesse.

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

Conseils

L'avis de grossesse est une pratique favorisant la précocité des interventions requises tout au long du continuum de soins et services. Cette pratique permet, entre autres, d'atténuer les facteurs de risques pouvant influencer sur le déroulement et le terme de la grossesse et de joindre les personnes vivant en contexte de vulnérabilité.



C'est la responsabilité de la personne accédant aux soins et services d'amorcer la démarche de l'avis de grossesse. Par conséquent, l'équipe se doit d'assurer que celle-ci a reçu les informations nécessaires afin d'amorcer le processus correctement. Au besoin, des mesures sont prises pour assister cette personne à compléter son processus.

Une fois émis, l'avis de grossesse est transmis aux établissements publics tels que le CISSS ou CIUSSS de la région où habite la personne accédant aux soins et services.

Selon les meilleures pratiques, un avis de grossesse est émis le plus tôt possible au cours du continuum de soins et services, afin de permettre de joindre rapidement les personnes enceintes et de leur offrir les soins et services pertinents selon leurs besoins. Au moment de la prise en charge de la personne accédant aux soins et services, si un tel avis n'avait pas été émis auparavant et que cette personne n'est pas en situation d'urgence, un avis de grossesse doit être émis dans les plus brefs délais possibles.

3.1.47 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour le suivi du troisième trimestre de grossesse.

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

Conseils

Il est recommandé que la personne accédant aux soins et services puisse recevoir une consultation à toutes les deux ou trois semaines, pendant cette période. La fréquence des consultations peut ensuite être augmentée à une consultation par semaine une fois la 37^e semaine de grossesse atteinte, et jusqu'à l'initiation du travail.

3.1.48 L'équipe oriente la personne accédant aux soins et services en périnatalité vers les ressources d'éducation prénatale.

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

Conseils

L'éducation prénatale est éclairée par des données probantes, par les principes d'enseignement aux adultes et est adaptée aux besoins des parents participants. Il est important d'encourager la participation active et la création de liens entre les parents participants. Un format hybride avec rencontres virtuelles et en présentiel peut être intéressant pour différentes clientèles. On souligne que la grossesse et l'accouchement



sont des processus physiologiques normaux pour les personnes à faible risque. La personne accédant aux soins et services est informée sur le déroulement de l'accouchement, incluant les médicaments et les diverses interventions qui peuvent lui être proposées, ainsi que des bénéfices et des risques qui y sont associés. La planification de la naissance, incluant le choix du lieu de naissance, doit être abordée.

Il est important que l'éducation prénatale aborde le concept de la parentalité ainsi que le rôle du partenaire de vie et discute de l'importance d'avoir accès à du soutien comme des proches, des amis et des ressources communautaires pour promouvoir un état de santé mentale positif.

L'éducation prénatale devrait également comprendre l'allaitement, incluant son importance, la préparation à l'allaitement, l'amorce, les problèmes les plus fréquents et des solutions ainsi que des références pour du soutien.

L'éducation prénatale doit inclure des renseignements sur les saines habitudes de vie à adopter pendant la grossesse. Il est question notamment ici d'habitudes alimentaires, d'exercice physique, de tabagisme et vapotage, d'abstinence en matière de consommation d'alcool, de cannabis et d'autres substances psychoactives ou de pratiques sexuelles sécuritaires. L'éducation devrait comprendre les raisons soutenant l'adoption de telles habitudes de vies, leurs retombées bénéfiques sur la santé de la personne accédant aux soins et services ainsi que sur celle du futur nouveau-né, ainsi que les retombées néfastes possibles si les habitudes ne sont pas adoptées. L'éducation prénatale peut également traiter de la vie comme nouveau parent, à quoi s'attendre et quand.

Les références vers les ressources d'éducation prénatale dépendent des besoins et de l'intérêt de la personne accédant aux soins et services et de son ou sa partenaire de vie. Une collaboration avec les partenaires de vies externes et les établissements communautaires est possible, ainsi qu'avec les options disponibles au secteur privé.

3.1.49 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour l'identification des clientèles vivant en contextes de vulnérabilité et offre du soutien nécessaire.

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

Conseils

Ces outils sont basés sur les données probantes et utilisés afin d'intervenir sur les facteurs de risque potentiels pour la grossesse et le développement du nouveau-né. Les outils identifient les ressources permettant de diminuer les risques et de soutenir la personne accédant aux soins et services, dans une perspective de développement



global de l'enfant et de l'unité familiale. Ultiment, l'utilisation de ces outils sert à offrir le soutien nécessaire à la personne accédant aux soins et services. Un arbre de soutien à la décision pour le choix du bon service selon les besoins est disponible dans le cadre du programme Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE).

- 3.1.50 L'équipe utilise les données du suivi de grossesse afin de planifier les soins et services en périnatalité requis lors de l'accouchement.

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

Conseils

L'équipe collabore avec les prestataires appropriés pour obtenir ces renseignements. La planification des soins et services requis peut se faire à l'accueil ou avant le moment de l'initiation du travail.

- 3.1.51 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour l'évaluation du travail et des indications pour césariennes, aux moments appropriés lors du continuum de soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Du soutien, de l'éducation et des renseignements pour faciliter la prise de décisions, tel qu'indiquer les avantages de rester à la maison jusqu'au travail actif par rapport à l'accueil au lieu de naissance, sont offerts à la personne accédant aux soins et services. Celle-ci est informée du moment où elle doit se rendre au lieu de naissance, de la personne-ressource à appeler pour obtenir de l'aide et des complications à surveiller. Le processus de triage, y compris les conseils donnés en personne ou au téléphone, est consigné dans le dossier santé.

Dans les cas où le déclenchement du travail ou une césarienne sont planifiés, les décisions en ce sens tiennent compte de l'âge gestationnel, de l'état de santé de la personne accédant aux soins et services et du fœtus et de la charge de travail de la main-d'œuvre au lieu de naissance. Les horaires sont régulièrement revus et mis à jour en fonction de l'état clinique. La personne accédant aux soins et services est tenue informée de la date et de l'heure prévues pour le déclenchement du travail ou de la procédure de césarienne.



3.1.52 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour le monitoring foetal.

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

Conseils

Ces outils tiennent compte de l'évaluation des grossesses multiples, d'une présentation anormale et du bien-être général du fœtus.

Les résultats du monitoring foetal, ainsi que les décisions cliniques prises lors des soins et services doivent être clairement documentés. Le fait de disposer d'une approche structurée pour l'interprétation et la documentation du monitoring foetal pendant les phases actives du travail améliore la clarté de la communication et le transfert d'informations entre les prestataires.

Les procédures sont en accord avec les lignes directrices en matière de pratique clinique élaborées pour la surveillance ante- et intra-partum de la santé du fœtus. Ces lignes directrices recommandent la normalisation des pratiques de consignation durant les phases actives du travail. La documentation peut inclure des notes narratives ou l'utilisation de feuilles de soins complètes décrivant en détail les évaluations périodiques. La documentation est diffusée auprès de tous les prestataires ou comprend la documentation de tous les prestataires concernés. La personne accédant aux soins et services est informée de façon continue de l'état du fœtus.

3.1.53 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour établir le niveau de surveillance et de soins et services en périnatalité requis pendant le travail et l'accouchement.

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

Conseils

L'équipe est au courant de toutes les options afin de réduire les interventions inutiles et en discute ouvertement avec la personne accédant aux soins et services et son ou sa partenaire de vie. Ces derniers ont accès aux interventions qui ont été présentées comme options, telles que la prise en charge non pharmacologique de la douleur, la péridurale, l'accouchement vaginal après césarienne et la césarienne.

La personne accédant aux soins et services détermine le niveau de surveillance souhaité, en tenant compte des recommandations du personnel médical.



L'équipe utilise une pratique basée sur les données probantes concernant l'épisiotomie et la prévention des traumatismes périnéaux, entre autres. L'équipe veille à ne pas surmédicaliser les soins tout en évitant les interventions inutiles à la naissance ou la supplémentation précoce du lait maternel lors du séjour au lieu de naissance sans indication médicale.

Le suivi du travail de la personne accédant aux soins et services peut se faire au moyen de protocoles reconnus afin d'assurer un suivi optimal à compter de l'évaluation et l'initiation du travail, jusqu'à la période post-partum immédiate.

Enfin, il est à noter qu'il peut être indiqué de procéder à une évaluation préanesthésique pour la personne accédant aux soins et services, selon les facteurs de risques présents.

L'évaluation vise à déterminer si l'établissement peut fournir le niveau de soins et services dont la personne a besoin.

3.1.54 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour le déclenchement du travail au moment approprié.

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

Conseils

Le déclenchement du travail doit être fondé sur la nécessité d'améliorer la santé de la personne accédant aux soins et services ou celle du fœtus.

Dans la mesure du possible, le mûrissement cervical doit précéder le déclenchement lorsqu'il est indiqué pour réduire le risque de césarienne en cas d'échec du déclenchement du travail.

3.1.55 L'équipe s'assure que les lieux utilisés pour la naissance sont munis de l'équipement approprié.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipement peut être mobile ou mural, selon le lieu de naissance, et peut notamment inclure les sorties d'oxygène, d'oxide nitreux et d'air, les unités de succion, les lampes et autres sources de lumière, les désinfectants, un saturomètre avec capteurs néonataux, une unité chauffante (lit ou table) pour le nouveau-né, de la literie chaude et sèche, ainsi que le matériel et les instruments chirurgicaux.



3.1.56 L'équipe utilise un protocole fondé sur des données probantes pour l'administration de l'ocytocine.

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

Conseils

L'ocytocine est désignée comme un médicament de niveau d'alerte élevé par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. Les médicaments de niveau d'alerte élevé comportent un risque plus élevé de nuire à la personne accédant aux soins et services s'ils ne sont pas utilisés correctement.

Le protocole se penche sur les données probantes les plus courantes pour l'indication, l'administration et le suivi requis pour l'ocytocine et traite des éléments suivants :

- la nécessité de prodiguer des soins et services individualisés;
- l'utilisation d'une concentration normalisée préparée par la pharmacie;
- l'utilisation de la dose minimale pour obtenir un travail actif, le respect des intervalles et l'évaluation de la nécessité d'augmenter la dose et la dose maximale;
- les procédures de surveillance de la tension artérielle;
- les procédures de surveillance de l'activité utérine, y compris les mesures à prendre en cas d'activité utérine excessive (hyperstimulation et tachysystolie);
- les procédures de surveillance de la fréquence cardiaque fœtale pendant l'administration, y compris les mesures à prendre en cas de fréquence cardiaque fœtale atypique ou anormale;
- le suivi de la quantité de médicaments administrée sous forme de milliunités par minute;
- la détermination des circonstances pour lesquelles l'équipe doit examiner la nécessité de ressources pour effectuer une césarienne d'urgence;
- la détermination des indications pour l'arrêt des médicaments et de la personne qui peut prendre cette décision.

3.1.57 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour la gestion du travail incluant des outils distincts pour le deuxième stade du travail.

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

Conseils



Les outils comprennent une évaluation ainsi qu'une documentation régulière.
L'évaluation est exhaustive et comprend la surveillance de l'activité utérine en cas de déclenchement ou d'augmentation du travail.

Tout changement d'état est communiqué à l'équipe en temps opportun.

La fréquence de l'évaluation et de la documentation peut varier selon la situation ou l'état de santé de la personne accédant aux soins et services.

3.1.58 L'équipe guide la poussée de deuxième stade selon la préférence de la personne accédant aux soins et services en périnatalité, la situation clinique et les données probantes.

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

Conseils

La personne accédant aux soins et services est soutenue pour adopter la position de son choix pendant la poussée de deuxième stade, soit la descente passive, la poussée non dirigée et la poussée dirigée, dans la mesure du possible. Ceci permet de maintenir l'atmosphère de respect et l'autonomie de la personne pendant l'accouchement. Des conseils et des suggestions sont offerts à la personne accédant aux soins et services et on lui permet de prendre part aux décisions dans les cas où il est nécessaire de modifier sa position afin de maintenir son état clinique et celle du fœtus. L'équipe doit s'assurer que l'équipement approprié est utilisé et explique son utilisation à la personne au besoin. L'information partagée lors de cours prénataux peut servir de guide à la personne accédant aux soins et services lors de prise de décisions.

3.1.59 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour les accouchements vaginaux assistés.

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

Conseils

Un tel accouchement peut inclure l'utilisation de ventouses ou forceps pour faciliter la sortie du nouveau-né, selon le jugement et l'expertise du clinicien. Les outils d'aide à la décision clinique peuvent préciser la main-d'œuvre et l'équipement qui doit être présent lors de l'accouchement.



Après un accouchement assisté par ventouse ou forceps, des explications sont offertes à la personne accédant aux soins et services et les personnes proche aidantes et, en cas de besoin, des ajustements sont faits au plan de soins et services individualisé selon les soins et services requis.

- 3.1.60 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour gérer les complications pouvant survenir lors d'un accouchement.

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

Conseils

Des complications possibles peuvent inclure une dystocie de l'épaule, un placenta accréta, une hémorragie, une fièvre d'origine infectieuse, ou une asphyxie périnatale.

Des ateliers de pratique clinique en collaboration avec tous les prestataires engagés peuvent optimiser l'assimilation des outils d'aide à la décision clinique et faciliter la fluidité lors d'une urgence réelle.

- 3.1.61 L'équipe applique la procédure organisationnelle pour le décompte des éponges et des aiguilles, avant et après tous les accouchements.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le comptage des éponges et des aiguilles s'avère une pratique importante liée à la sécurité des personnes accédant aux soins et services. La procédure organisationnelle stipule que les éponges et les aiguilles sont comptées par deux personnes avant et après les accouchements, que le décompte est consigné dans le dossier santé et qu'un membre de l'équipe est désigné pour s'assurer que le comptage est effectué conformément à la procédure.

Il est aussi important de procéder au décompte à la suite de sutures au périnée.

- 3.1.62 L'équipe assure la présence de prestataires de soins et services formés à la réanimation néonatale lors de la naissance.

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

Conseils



Certaines pathologies fœtales ne présentant aucun problème dans l'environnement intra-utérin, se manifestent en tant que complications chez le nouveau-né, résultant de modifications physiologiques accompagnant l'accouchement. Il est crucial que des prestataires disposant d'expertise en réanimation néonatale soient présents lors de la naissance afin de pouvoir intervenir immédiatement en cas de besoin. La réanimation néonatale doit être initiée aussitôt que possible pour éviter les séquelles neurologiques dues à une anoxie cérébrale prolongée. Une équipe de réanimation qualifiée en réanimation complexe, disposant des ressources nécessaires, est également disponible pour chaque réanimation. Une formation avancée sur la réanimation néonatale peut être requise. La réanimation doit suivre les meilleures pratiques et les données probantes les plus récentes.

3.1.63

POR

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

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

Conseils

Les interventions chirurgicales s'avèrent un des éléments de plus en plus complexes des soins et services de santé, et elles présentent un risque considérable de préjudices potentiellement évitables. Les listes de contrôle d'une chirurgie sécuritaire jouent un rôle important lorsqu'il s'agit d'améliorer la sécurité des interventions chirurgicales. Elles peuvent réduire les probabilités qu'il y ait des complications à la suite d'une chirurgie et peuvent souvent améliorer les résultats de celle-ci.

Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée pour entreprendre, orienter et formaliser les communications entre les membres de l'équipe qui procèdent à une intervention chirurgicale, ainsi que pour intégrer ces étapes au déroulement du travail en chirurgie.

Des listes de contrôle d'une chirurgie sécuritaire ont été élaborées et sont disponibles auprès de différentes sources. Chaque liste de contrôle comporte trois étapes :

- Réunion préparatoire - avant l'induction de l'anesthésie
- Temps d'arrêt préopératoire - avant l'incision
- Compte rendu postopératoire - avant que le patient quitte la salle d'opération

Test(s) de conformité



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

3.1.64 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour orienter la pratique de ses membres en matière de soins et services en périnatalité post-partum.

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

Conseils

L'équipe évalue les besoins physiologiques, psychosociaux et émotionnels de la personne accédant aux soins et services et du nouveau-né. Il existe un processus de hiérarchisation et d'accès aux soins et services selon les besoins. Dans tous les cas, l'équipe s'assure que les soins et services requis sont offerts, que les conditions des congés précoces sont définies et que les suivis externes sont organisés avant les congés.

Les outils appropriés sont en place afin de prévenir, détecter et traiter des complications.

3.1.65 L'équipe suit la procédure organisationnelle en matière de contact précoce peau à peau à la suite de l'accouchement.

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



Conseils

Une telle procédure doit exister pour tout type de lieu de naissance, soit à domicile, dans une maison de naissance, dans une chambre d'accouchement en milieu hospitalier, au bloc opératoire, ou autres. Un contact peau à peau immédiat, soit dans les cinq premières minutes et ininterrompu pendant au moins une heure après la naissance est favorisé. La main-d'œuvre de la salle d'opération et de la salle de réveil est formée pour favoriser le contact peau à peau et l'allaitement en salle d'opération et pendant la période de réveil. La main-d'œuvre connaît notamment les pratiques sécuritaires pour les nouveau-nés prématurés ou ayant des conditions cliniques particulières. Les exceptions comprennent les personnes médicalement instables ou sous anesthésie générale, auquel cas l'autre parent ou une autre personne peut faire le contact peau à peau.

- 3.1.66 L'équipe assure la cohabitation et la non-séparation de la personne ayant donné naissance et du nouveau-né après l'accouchement, par voie vaginale ou par césarienne et pendant le reste du continuum de soins et services en périnatalité.

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

Conseils

La cohabitation et la non-séparation ne s'appliquent pas seulement aux périodes de repos, mais bien à l'ensemble des activités à effectuer dans la même pièce où se retrouve parent et nouveau-né. Ainsi, les parents et le nouveau-né peuvent rester ensemble en tout temps, à moins qu'il n'y ait une raison médicale de les séparer ou des considérations particulières. Dans la mesure du possible, les établissements permettent à la dyade de rester ensemble et de pratiquer la cohabitation en fournissant un environnement sécuritaire et confortable, avec un lit ou un fauteuil pour le parent. Lorsqu'un parent biologique est déplacé, le nouveau-né est accueilli dans la même pièce. Lorsque les unités de soins spéciaux ou les unités néonatales ne disposent pas de chambres pour la cohabitation, les parents peuvent se reposer confortablement au chevet de leur nouveau-né et leur présence est illimitée, même la nuit, ou pendant les visites médicales ou les situations d'urgence.

Il est à noter que cela n'est pas forcément pertinent dans les cas de maternité de substitution ou d'adoption. Si le parent biologique ne s'occupe pas du nouveau-né après la naissance, le nouveau-né n'est pas séparé du parent ou de la personne qui s'occupe de lui.



3.1.67 L'équipe planifie le congé de la personne accédant aux soins et services en périnatalité et du nouveau-né selon l'évaluation de leurs besoins.

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

Conseils

Les critères de congé sont alignés sur les meilleures pratiques et traitent du bien-être physique, psychologique et social de la personne accédant aux soins et services et du nouveau-né. Cela comprend une gestion suffisante et appropriée de la douleur tout en limitant l'utilisation d'opioïdes et la maîtrise des saignements post-partum. Il s'agit également d'éviter la séparation de la dyade au moment du congé et d'évaluer l'état post-partum et le bien-être général du nouveau-né, ce qui peut comprendre l'évaluation de la jaunisse, des signes vitaux, de l'alimentation, le repérage métabolique conformément au Programme québécois de dépistage néonatal sanguin et urinaire, le repérage des malformations cardiaques congénitales critiques et des interventions du Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés.

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 épreuves diagnostiques, l'orientation de la personne accédant aux soins et services vers un établissement ou un partenaire, et la création d'un calendrier pour communiquer avec celle-ci ou lui rappeler un rendez-vous. Cela comprend aussi ses responsabilités, comme assurer un suivi avec les autres prestataires de soins et services tels que ceux en soins primaires ou en centre de santé communautaire, signaler une aggravation ou un changement des symptômes et prendre les médicaments selon les ordonnances.

3.1.68 L'équipe accompagne la personne accédant aux soins et services en périnatalité vers les ressources et suivis appropriés selon l'évaluation de ses besoins au moment du congé.

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

Conseils

L'équipe collabore avec les programmes-services, entre autres Jeunesse, Services généraux, Santé mentale et Santé publique 0 à 5 ans, afin d'orienter adéquatement la



personne pour qu'elle reçoive les soins et services les plus appropriés, dans le contexte le plus approprié, tout en prévenant les transferts inutiles et les solutions temporaires. La continuité des soins et services doit être assurée.

La responsabilité en lien avec les soins et les services se poursuit jusqu'au moment où le service a pris fin ou lorsque la personne accédant aux soins et services a été transférée à une autre équipe, un autre service ou un autre établissement ou partenaire.

Les services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les soins et services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu communautaire, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins et services continus. Il faut s'assurer que les personnes qui allaitent ont les ressources pour le soutien à l'amorce et à la poursuite de l'allaitement. Il faut en plus repérer la présence de traumatismes émotionnels causés ou déclenchés par l'expérience de l'accouchement et offrir de l'information et des références en lien avec la santé mentale.

3.1.69 L'équipe informe la personne accédant aux soins et services en périnatalité et les personnes proche aidantes des soins au nouveau-né, de la prévention du bébé secoué et des pratiques de sommeil sécuritaires, et ce, avant le congé.

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

Conseils

Les pratiques de sommeil sécuritaires pour le nouveau-né incluent, entre autres, la réduction des risques liés au partage du lit, les techniques d'habillement, et le positionnement adéquat dans le lit.

3.1.70 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en matière d'alimentation infantile.

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

Conseils

La procédure organisationnelle est éclairée par des données probantes, traite à la fois de l'allaitement ou de l'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons si la personne ayant accouché n'allait pas et s'harmonise avec les normes de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés.



Les personnes accédant aux soins et services et qui souhaitent allaiter, mais qui éprouvent des difficultés, ainsi que celles qui décident de ne pas allaiter, bénéficient d'un soutien sans jugement.

3.1.71 L'équipe soutient la personne accédant aux soins et services en périnatalité pour qu'elle puisse amorcer et continuer l'allaitement.

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

Conseils

Les personnes qui allaitent sont encouragées à nourrir leur nouveau-né aussi souvent et aussi longtemps qu'il en a besoin.

Les personnes qui allaitent ont accès à un soutien à l'allaitement. Ce soutien est disponible à tout moment, pendant les périodes prénatale, postnatale immédiate et postnatale à domicile ou en clinique. Tous les professionnels qui leur offrent ce soutien devraient suivre la formation nationale en allaitement et leurs compétences devraient être évaluées selon un outil approprié.

Le counseling sur l'allaitement est pratique et individualisé. Le counseling pratique est défini comme la transmission de renseignements et de compétences précises qui aideront à l'amorce et au maintien de l'allaitement, dont le soutien motivationnel et émotionnel.

La personne accédant aux soins et services est guidée sur la façon de placer le nouveau-né pour la mise au sein et transférer efficacement le lait. Favoriser et maintenir la production de lait est important pour assurer une production adéquate pour répondre aux besoins du nouveau-né.

La personne accédant aux soins et services est accompagnée afin d'être en mesure de savoir si le nouveau-né reçoit suffisamment de lait. Elle est également soutenue pour exprimer son lait, manuellement ou à l'aide d'un tire-lait, en cas de besoin, et pour recueillir et conserver le lait exprimé en toute sécurité. Si les nouveau-nés sont incapables de se nourrir au sein, cette personne est accompagnée pour amorcer l'expression de son lait dès que possible après la naissance, dans les six premières heures et idéalement dès la première à la troisième heure.

Le partage d'information sur l'allaitement pour les parents en cas de naissances multiples et de nouveau-nés prématurés est particulièrement essentiel pour établir et maintenir la production de lait maternel. Les nouveaux parents et ceux qui ont déjà eu des difficultés à allaiter peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire.



3.1.72 L'équipe assure des soins et services de soutien à l'allaitement pour aider les personnes y accédant à gérer les difficultés d'allaitement courantes.

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

Conseils

L'équipe conseille la personne accédant aux soins et services en matière de prévention et de prise en charge de la douleur et de blessures aux mamelons, d'engorgement et d'inquiétudes au sujet de la production de lait.

L'équipe évalue régulièrement le poids du nouveau-né pendant les premiers jours de leur vie. Les processus physiologiques impliquant la transition du nouveau-né vers la vie extra-utérine, comme la perte de poids, l'hypoglycémie asymptomatique et l'hyperbilirubinémie néonatale, sont évalués en fonction des recommandations de pratique clinique en utilisant une approche individualisée et un jugement clinique.

Les dyades présentant des difficultés, telles une personne éprouvant des difficultés d'allaitement, ou un nouveau-né qui ne peut pas téter, sont évaluées, traitées, ou orientées vers une ressource qualifiée de soutien à l'allaitement si nécessaire. L'accès à un soutien à l'allaitement est disponible en tout temps.

Si la personne accédant aux soins et services est incapable d'allaiter ou si le nouveau-né est incapable de téter, l'expression du lait est amorcée dès que possible, dans un délai de six heures après la naissance, et idéalement dans la première à la troisième heure, pour établir et maintenir la production lactée.

Les nourrissons dont le parent ne produit pas suffisamment de lait doivent autant que possible être nourris avec du lait pasteurisé de donneuses, tel celui provenant de la banque publique de lait Héma-Québec, en fonction de la disponibilité et de l'admissibilité.

La personne accédant aux soins et services est soutenue pour l'amorce des mises au sein dès que le nouveau-né est stable, et ce, sans égard au poids ou à l'âge gestationnel, post-natal ou post menstruel du nouveau-né. Une fois l'allaitement commencé, cette personne bénéficie d'un soutien concernant le positionnement du nouveau-né et la manière de reconnaître un transfert efficace du lait. L'équipe fournit un soutien motivationnel à cette personne et l'informe que le transfert de lait progressera à mesure que le nourrisson arrive à maturité.

3.1.73 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur les indications d'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons.



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

Conseils

La procédure organisationnelle respecte les normes de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés et traite des éléments suivants :

- stratégies pour maximiser la production de lait et prévenir l'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons;
- indications médicales justifiant l'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons;
- évaluation de la personne accédant aux soins et services et du nouveau-né, ainsi qu'une observation d'une tétée avant de fournir des préparations commerciales pour nourrissons;
- utilisation d'un processus de prise de décisions éclairée et partagée qui évalue les avantages et les désavantages potentiels de ces suppléments et ce qui compte le plus pour les parents;
- choix du lait par ordre de priorité : allaitement directement au sein, lait maternel exprimé par le parent, lait maternel pasteurisé d'une donneuse, préparations commerciales pour nourrissons;
- méthodes pour fournir les suppléments et les volumes selon l'horaire (dans le cas de sessions d'allaitement planifiées) ou selon les signes que le nouveau-né est prêt à téter;
- documentation sur toutes les préparations commerciales pour nourrissons et leur indication médicale dans le dossier santé du nouveau-né;
- préparation d'un plan de soins et services individualisé sur la façon de réduire et d'éliminer les préparations commerciales pour nourrissons, si possible.

De plus, l'équipe soutient les dyades pour établir et maintenir la production de lait, et pour assurer un transfert efficace du lait afin que le nouveau-né ne reçoive que du lait maternel tout au long de son séjour, à moins qu'il n'y ait une indication médicale pour utiliser des préparations commerciales pour nourrissons.

Si les parents décident de recourir à un allaitement non exclusif, soit une combinaison de l'allaitement maternel et de l'alimentation avec des préparations commerciales pour nourrissons, ou de fournir des préparations commerciales pour nourrissons en l'absence d'indication médicale, la discussion de l'équipe en lien avec cette décision est documentée dans le dossier santé du nouveau-né. Les parents sont entièrement soutenus par l'équipe une fois qu'une décision éclairée est prise.



3.1.74 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en matière de manipulation, de stockage, d'étiquetage et d'élimination du lait maternel.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle traite également du lait de donneuses et des préparations commerciales pour nourrissons qui sont conservées sur place.

3.1.75 Les gestionnaires du programme-services protègent l'équipe des pressions exercées par les spécialistes de commercialisation.

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

Conseils

Les gestionnaires prennent des mesures pour respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la santé (le Code) afin d'éviter les influences commerciales sur les prestataires, les personnes accédant aux soins et services et les personnes proche aidantes.

Les gestionnaires ne permettent pas l'affichage de tout type de publicité pour les préparations commerciales pour nourrissons, y compris l'affichage ou la distribution de tout équipement ou matériel portant la marque ou les logos de fabricants de telles préparations, de biberons et d'autres fournitures d'alimentation, de coupons de réduction ou d'échantillons de préparations commerciales pour nourrissons.

L'équipe évite les conflits d'intérêts avec les entreprises visées par le Code.

3.1.76 L'équipe soutient la personne accédant aux soins et services en périnatalité dans leurs décisions de donner des suppléments ou de combiner l'allaitement avec des préparations commerciales pour nourrissons.

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

Conseils



L'équipe aide les parents à prendre des décisions éclairées en matière d'alimentation des nourrissons grâce à une approche éducative individualisée.

L'équipe est respectueuse et soutient les parents qui n'allaitent pas et ceux qui combinent l'allaitement de leur nouveau-né avec des préparations commerciales pour nourrissons.

Dans le cas où une personne se voit obligée d'arrêter l'allaitement, l'équipe fournit un soutien adéquat si celle-ci présente des réactions émotionnelles telles que du stress, de la culpabilité, ou un sentiment d'inadéquation à la suite d'une décision.

Les parents qui ont pris la décision de ne pas allaiter sont informés des différentes options d'alimentation adaptées à leur situation. L'équipe collabore avec les parents pour s'assurer qu'ils sont informés de la préparation, de l'utilisation pour l'alimentation et de l'entreposage sécuritaires des préparations commerciales pour nourrissons.

3.1.77 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour identifier les types de soins et services en périnatalité requis lors de la naissance du nouveau-né.

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

Conseils

Les exigences relatives aux types d'expertise requis, de capacité ou de ressources nécessaires à la naissance varient selon les résultats de l'évaluation.

Il existe un processus pour évaluer quels membres de l'équipe doivent, au minimum, être présents pendant l'accouchement. Si des complications sont connues ou anticipées ou si le risque d'issue défavorable à la naissance est élevé, il faut aussi évaluer la nécessité de ressources supplémentaires. La participation de l'équipe au programme AMPRO^{OB} (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) est favorisée afin de diminuer les risques de complications et d'interventions évitables.

3.1.78 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour orienter les pratiques d'évaluation du nouveau-né.

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

Conseils



Il est notamment question de surveillance et de gestion des vulnérabilités et des besoins spéciaux dans le cas de nouveau-nés prématurés ou malades. La stabilité physiologique du nouveau-né est donc évaluée régulièrement pendant le séjour au lieu de naissance ou lors des suivis post-partum, notamment :

- la fréquence respiratoire;
- le poids;
- la température axillaire;
- la compétence pour téter;
- l'observation physique d'anomalies congénitales;
- une septicémie;
- une jaunisse;
- l'hypoglycémie.

L'équipe se doit également de prendre en considération les conditions et les problèmes potentiels détectés avant la naissance, afin de planifier les suivis adéquats.

En tout temps, les parents sont reconnus comme des personnes responsables de leur nouveau-né, sans aucune restriction quant à la présence parentale.

3.1.79 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en matière de gestion de la glycémie chez le nouveau-né.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle est fondée sur les données probantes ainsi que sur les connaissances les plus récentes. Elle peut tenir compte de données comme la taille du nouveau-né, son âge gestationnel, s'il est considéré comme prématuré ou s'il a eu besoin de soins en post-réanimation, ainsi que les cas où le parent biologique est diabétique.

3.1.80 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en matière de gestion de la bilirubinémie chez le nouveau-né.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle est fondée sur les données probantes ainsi que sur les connaissances les plus récentes. Elle peut tenir compte de données comme la présence



d'une jaunisse, d'ecchymoses, ou d'un céphalématome chez le nouveau-né, s'il présente des signes de déshydratation, ainsi que le type d'allaitement ou d'alimentation reçu.

3.1.81 L'équipe effectue un repérage systématique universel pour tous les nouveau-nés.

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

Conseils

Le repérage universel permet d'identifier des conditions cliniques comme le syndrome d'abstinence néonatale, une cardiopathie congénitale sévère, une infection et des erreurs innées du métabolisme, ou encore la surdité. Au Québec, ce repérage fait partie du Programme québécois de dépistage néonatal sanguin et du Programme québécois de dépistage de la surdité néonatale.

3.1.82 L'équipe informe la personne accédant aux soins et services en périnatalité sur les besoins d'hygiène du nouveau-né au moment opportun.

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

Conseils

Les soins d'hygiène comprennent notamment :

- la fréquence recommandée pour les bains;
- les recommandations pour le nettoyage;
- les techniques appropriées pour le nettoyage des organes génitaux;
- les techniques pour le dégagement des voies respiratoires;
- les techniques, trucs et astuces pour le nettoyage du nez, du nombril, des cheveux, des dents, des ongles, etc.
- les produits et techniques à éviter dans les soins d'hygiène du nouveau-né.

Le moment opportun lors duquel il convient d'informer la personne des besoins d'hygiène du nouveau-né dépend de la capacité de celle-ci, du type de soins requis, de la durée du séjour au lieu de naissance et du moment du congé. L'information se doit d'être fournie avant le congé et peut être rafraîchie pendant le suivi selon les besoins.



- 3.1.83 L'équipe soutient la personne accédant aux soins et services en périnatalité pour qu'elle reconnaisse les signes de faim, de proximité et de confort de son nouveau-né et y réponde.

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

Conseils

L'équipe soutient la personne accédant aux soins et services pour qu'elle initie une relation étroite, nourrissante et aimante avec son nouveau-né. Cette personne est informée de la façon de reconnaître les signes de faim, de proximité et de confort afin qu'elle puisse réagir en conséquence.

Dans le cas où la personne accédant aux soins et services ne peut pas rester dans la même pièce que son nouveau-né, l'équipe s'assure que les procédures organisationnelles permettent une présence parentale sans restriction et elle assure un environnement physique favorable. Des unités ouvertes 24 heures sur 24 et des endroits où les parents peuvent rester avec leurs nouveau-nés aussi longtemps que possible peuvent servir à cet effet. Lorsque cela n'est pas possible, l'équipe réunit la dyade au moment où le nouveau-né montre des signes qu'il nécessite la présence d'un parent.

- 3.1.84 L'équipe évalue, en se fondant sur des données probantes, les risques de mauvais traitements du nouveau-né, tout au long du continuum de soins et services en périnatalité.

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

Conseils

Le cas échéant, et en accord avec la Loi sur la protection de la jeunesse, un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse est obligatoire s'il existe un risque raisonnable pour le développement et la sécurité de l'enfant.

- 3.1.85 L'équipe s'assure d'avoir accès à la formation appropriée tout au long du continuum de soins et services en périnatalité.

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

Conseils



Tous les membres de l'équipe possèdent les compétences et qualifications requises pour leur permettre de travailler à pleine capacité lors de la prestation de soins et services. C'est la responsabilité des gestionnaires de l'établissement de revoir régulièrement quelles compétences sont requises afin d'assurer que l'équipe rencontre les besoins de la population.

La formation est fournie à la main-d'œuvre au moyen d'une approche standardisée et de manière continue afin de maintenir les compétences acquises et d'assurer que les qualifications des prestataires de soins et services demeurent à jour conformément aux principes d'équité, de diversité et d'inclusion adaptés à la population desservie, telles la communauté 2SLGBTQ+, les communautés autochtones, les communautés ethniques et d'autres populations mal desservies et marginalisées telles les réfugiés et les immigrants.

Les modules de formation se doivent d'être culturellement adaptés et présentés selon une gamme de plateformes afin de répondre aux besoins de la main-d'œuvre, comme des sessions virtuelles ou pré-enregistrées, des modules d'apprentissage sur le web et des sessions de formation en présentiel.

Les formations peuvent inclure les concepts suivants :

- l'identification des personnes à risque;
- la prévention auprès des populations à risque (en lien avec le programme SIPPE);
- la prévention de la maltraitance et de la prise en charge de la santé mentale pendant la grossesse;
- la prévention de la maltraitance auprès des nouveau-nés, notamment le syndrome du bébé secoué;
- la surveillance du bien-être foetal;
- la réanimation néonatale;
- la santé néonatale d'urgence;
- les approches physiologiques pendant la naissance;
- les approches pour favoriser et soutenir l'allaitement;
- l'alimentation des nouveau-nés;
- les pratiques du programme d'approches multidisciplinaires en prévention de risques obstétricaux (AMPRO^{OB});
- les pratiques de prise en charge et de soulagement de la douleur;
- le partage d'informations prénatales;
- les signes de complications à tous les stades de la grossesse et du travail;
- les saines habitudes de vies pendant la grossesse et après la naissance (tant pour les parents que pour le nouveau-né);
- les pratiques de sommeil sécuritaires;



- la prévention des risques de suicide;
- la maternité de substitution;
- les approches de soins et services adaptées aux traumatismes;
- le soutien aux personnes accédant aux soins et services et aux personnes proche aidantes à la suite d'une perte périnatale.

3.2 Pratiques transversales

3.2.1 Les équipes s'assurent que l'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** |

Conseils

Les autres options aux soins et services de télésanté pourraient comprendre la visite en personne ou la consultation téléphonique avec un membre de la main-d'œuvre. Les usagers devraient s'attendre à recevoir la même qualité de soins et services, peu importe leur forme.

3.2.2 Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** |

Conseils

Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents sont disponibles sur au point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées. La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :



- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;
- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle.

3.2.3 Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** |

Conseils

Par exemple, l'établissement peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.

3.2.4 Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** |

Conseils



Les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle ainsi que sur l'importance et la pertinence de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoire. L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les publics cibles. Le style de présentation est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension.

Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres et les écrans dans les salles d'attente.

- 3.2.5 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** |

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique portent sur les moyens de détecter une éclosion, de déterminer sa cause (y compris si elle provient d'aliments contaminés), de recueillir des données ou des échantillons pour trouver d'autres cas, ainsi que de contenir une éclosion dès qu'elle est détectée.

- 3.2.6 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** |

Conseils

Les membres de l'équipe responsables de recueillir et de mettre à jour l'information sur les allergies et les réactions indésirables aux médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur sont spécifiés. Les champs d'information relatifs aux allergies des usagers dans le profil et le type de réaction, la gravité et la date à laquelle l'allergie a été identifiée sont consignés.

- 3.2.7 Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** |

Conseils

Il faut consulter le profil de l'utilisateur pour vérifier toutes les « bonnes » conditions de l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.

3.2.8 Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** |

Conseils

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux ou à l'efficacité clinique. Les informations pertinentes sont consignées au dossier santé de l'utilisateur. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



Chapitre 4: Soins et services en néonatalogie (usagers admis)

Contexte

Ce chapitre porte sur l'évaluation des soins et services en néonatalogie dans l'ensemble des milieux de soins des paliers 1B à 3C. Ces soins et services sont offerts en milieu hospitaliers dans des unités de soins critiques en néonatalogie. L'évaluation de ce chapitre s'aligne avec les orientations ministérielles telles que le Programme national de santé publique 2015-2025 et s'appuie sur les pratiques exemplaires décrites dans l'Initiative Amis des bébés (IAB).

4.1 **Épisodes de soins et services - Soins et services en néonatalogie (usagers admis)**

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

POR

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

Test(s) de conformité

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

Conseils

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



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

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

4.1.2 L'équipe confirme les pronoms ainsi que le nom du nouveau-né et des parents dans le cadre du processus d'accueil.

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

Conseils

Lorsqu'un parent ou une personne proche aidante n'a pas précisé ses pronoms, ou ceux du nouveau-né, un membre de l'équipe propose d'abord ses propres pronoms et demande en privé à chaque personne ceux qu'elle utilise ou préfère. Cela doit être fait même si le sexe de la personne semble évident. Les pronoms peuvent inclure elle, il ou lui, ou d'autres néo pronoms comme « iel » ou « ellui ». Les membres de l'équipe corrigent les personnes qui n'utilisent pas les bons pronoms ou noms du nouveau-né, des parents, ou des personnes proches aidantes. L'équipe utilise également la terminologie préférée des parents pour référer aux parties du corps du nouveau-né. Enfin, les pronoms et le nom choisis du nouveau-né sont consignés dans son dossier santé.



4.1.3 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer les droits du nouveau-né et des parents ainsi que les responsabilités des parents au sujet des soins et services en néonatalogie.

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

Conseils

Les droits du nouveau-né et des parents comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment leurs renseignements sont utilisés, le droit d'avoir accès à leur dossier santé et aux renseignements qui les concernent, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles, le droit de prendre des risques et de ne subir aucun mauvais traitement, aucune exploitation, ni aucune discrimination, ainsi que le droit de déposer une plainte et de signaler une violation de leurs droits.

Les droits des parents en matière de prestation de soins et services comprennent ceux de rester aux côtés du nouveau-né en tout temps, de refuser un soins ou service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation de ceux-ci ; de prendre part à toutes les étapes d'un soin ou service et d'exprimer leurs choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation d'un soin ou service; de remettre en question une décision relative au plan de soins et services individualisé ou de déposer une plainte; de recevoir des soins et services sécuritaires et offerts par des personnes compétentes; et, de faire part de leurs inquiétudes quant à la qualité d'un soin ou service.

Les responsabilités des parents et des personnes proches aidantes comprennent le fait de traiter les autres avec respect, la communication de renseignements exacts, le signalement des risques pour la sécurité et la conformité aux réglementations.

Lorsqu'un parent refuse les soins et services recommandés, un soutien complet est fourni, la conversation ou la discussion est documentée et cette personne doit signer un formulaire de refus de traitement.

4.1.4 L'équipe assure le respect des droits du nouveau-né dans la gestion et la prestation des soins et services en néonatalogie.

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

Conseils



Il est particulièrement important de protéger les droits des nouveau-nés puisqu'ils ne peuvent pas exprimer eux-mêmes leurs souhaits. Les nouveau-nés ont le droit à des soins et services sécuritaires et à la norme de santé la plus élevée possible. Ils ont également le droit d'être pris en charge par leurs parents. L'équipe assure une nutrition et une gestion de la douleur optimale pour le nouveau-né et évite les séparations injustifiées de ses parents, y compris lors de transitions des soins ou de transferts vers d'autres établissements. De plus, il est important que tous les soins et épreuves diagnostiques routinières auprès du nouveau-né, comme les injections de vitamine K ou le repérage des maladies métaboliques et héréditaires, soient effectués en présence des parents.

4.1.5 L'équipe respecte la procédure organisationnelle qui vise la confidentialité du nouveau-né.

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

Conseils

Le respect de la vie privée s'étend également aux parents et aux personnes proches aidantes. Le respect de la procédure organisationnelle doit s'effectuer en tout temps et en relation à tout soin ou service.

4.1.6 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité des parents à donner leur consentement éclairé, à accepter des soins ou services en néonatalogie, ou à les refuser.

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

Conseils

L'évaluation de la capacité à donner son consentement se fait de façon continue par le prestataire le plus responsable, conformément à la procédure organisationnelle.

Dans le cadre de la prise de décisions, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre les renseignements pertinents à la prise de décisions, prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier. Les parents ou le mandataire qui donnent leur consentement au nom d'un nouveau-né sont invités à répéter ce à quoi ils consentent.



Les parents jugés inaptes à donner leur consentement sont associées dans la mesure du possible aux décisions qui concernent les soins et services reçus par leur nouveau-né, selon leur droit d'être informés.

4.1.7 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour obtenir le consentement éclairé au nom du nouveau-né dans le cadre des soins et services en néonatalogie.

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

Conseils

Le consentement au nom du nouveau-né est obtenu auprès d'un parent, d'un parent d'accueil sous présentation d'une preuve écrite, ou d'un mandataire. Lorsqu'un parent ou un mandataire refuse un soin ou service essentiel, la possibilité de préjudice au bien-être ou à la vie liée au refus de ce soins ou service est expliqué en détail. L'établissement se doit de respecter les lois en place sur l'imposition de traitements en cas d'urgence où la vie est menacée, ou si une décision de la Cour l'exige. La collaboration des services sociaux et des services en matière d'éthique peut être bénéfique dans de telles situations.

4.1.8 L'équipe consigne le consentement éclairé sur une base continue tout au long du continuum de soins et services en néonatalogie.

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

Conseils

Le processus conduisant au consentement éclairé comprend les étapes suivantes :

- examiner les renseignements sur les soins et services avec les parents ou le mandataire;
- informer les parents ou le mandataire des possibilités, des solutions de rechange, des conséquences possibles si le soin ou service n'est pas effectué, et leur laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de demander un consentement;
- respecter les droits, la culture et les valeurs des parents et du mandataires, y compris le droit de refuser de donner son consentement à tout moment;
- consigner la décision dans le dossier santé du nouveau-né, qu'elle ait été obtenue de façon verbale ou écrite.



Le processus de consentement est itératif et continu, avant chaque intervention ou procédure, dans le post-partum immédiat, pendant tout le séjour à l'unité de néonatalogie et au point de transition.

Toute situation présentant un risque immédiat de préjudice grave pour la vie ou l'intégrité du nouveau-né est considérée comme une urgence. Dans un cas d'urgence où le consentement des parents ou du mandataire ne peut être obtenu en temps opportun, l'équipe peut agir sans consentement, mais ne peut prodiguer que les soins et services essentiels pour stabiliser le nouveau-né.

4.1.9 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où les parents sont jugés inaptes.

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

Conseils

Le mandataire de l'enfant est consulté lorsque les parents ne sont pas en mesure de prendre des décisions eux-mêmes.

Une directive préalable est utilisée, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits des parents. Dans ce cas, le mandataire 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 options qui s'offrent à lui. Le mandataire des parents peut être désigné selon la loi applicable ou peut être un représentant ou un mandataire choisi par les parents.

Si le consentement est donné par un mandataire, son nom, son lien avec le nouveau-né et les parents, ainsi que la décision prise, sont consignés dans le dossier santé du nouveau-né.

4.1.10 L'équipe respecte la procédure organisationnelle lorsque les parents du nouveau-né refusent les soins et services en néonatalogie.

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

Conseils

Dans les cas où les parents refusent les soins et services, il est important qu'aucune pression ne soit exercée sur eux en vue d'influencer leur décision. À remarquer toutefois



que de donner des explications détaillées et claires sur les risques de ne pas recevoir ces soins et services ne constitue pas une pression, mais bien une occasion d'informer adéquatement les parents afin qu'ils puissent donner ou non leur consentement de façon éclairée.

4.1.11 L'équipe entretient des relations respectueuses avec les parents du nouveau-né.

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

Conseils

Les membres de l'équipe favorisent des relations respectueuses, ouvertes et transparentes avec les parents ainsi qu'avec les personnes proches aidantes :

- en se présentant et en expliquant leur rôle;
- en demandant la permission avant de prodiguer des soins et en expliquant les raisons;
- en utilisant un ton respectueux, en exprimant les préoccupations de la main-d'œuvre ou en rassurant les parents le cas échéant;
- en favorisant les conversations ouvertes et transparentes pour soutenir une approche de soins centrés sur la personne;
- en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses, leur style de vie ou leur identité de genre en tout temps;
- en assurant une écoute active et une prise en compte de toute question ou toute rétroaction, et;
- en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.

4.1.12 L'équipe respecte les croyances culturelles et spirituelles, le style de vie, ainsi que l'identité du genre des parents du nouveau-né.

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

Conseils

Il est question ici de reconnaissance du nouveau-né et des parents en tant que personnes à part entière, dignes de respect, d'écoute, de soutien, et de compréhension.

De plus, il faut souligner que le respect de l'identité du genre se doit d'être fait en tout temps, même lorsque le nouveau-né, les parents, ou les personnes proches aidantes ne sont pas présents. Ce respect peut se traduire par l'utilisation de libellés inclusifs, la



correction des pronoms dans le dossier santé s'il y a lieu ou lors de conversations avec d'autres membres de la main-d'œuvre, et le fait de ne pas porter de jugements.

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

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

Conseils

Les membres de l'équipe incluent la main-d'œuvre de l'établissement participant à la prestation des soins et services concernés, le nouveau-né, les parents, et toute autre personne jugée nécessaire. Un langage clair et compréhensible est utilisé pour toute communication, incluant celui utilisé lors d'une urgence ou d'une situation critique.

Les étapes de prestation incluent entre autres l'admission, l'acheminement et les transferts. La communication entre les équipes et les autres prestataires de soins et services est essentielle à la continuité des soins et services.

- 4.1.14 L'équipe s'assure que les parents participent à part égale et de façon active dans les processus décisionnels vis-à-vis les soins et services en néonatalogie prodigués au nouveau-né.

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

Conseils

L'équipe s'assure de la compréhension de l'information présentée tout au long du continuum de soins et services. La prise de décisions partagée est un processus structuré selon lequel les prestataires de soins et services collaborent avec les parents afin qu'ils prennent des décisions éclairées par des données probantes et que leurs valeurs et préférences soient intégrées à ces décisions.

Pour les nouveau-nés prématurés ou qui nécessitent des soins et services néonataux, les parents sont soutenus et encouragés à être les soignants principaux.

- 4.1.15 L'équipe partage des renseignements complets avec les parents du nouveau-né pour leur permettre de prendre des décisions éclairées au sujet des soins et services en néonatalogie.



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

Conseils

Le partage de renseignements détaillés et complets est essentiel pour pouvoir prendre des décisions éclairées. Les renseignements sont fournis en fonction de ce qui est pertinent pour la situation et peuvent comprendre les bénéfices, les risques et les résultats possibles des options de soins et services éclairées par des données probantes, la façon de se préparer aux épreuves diagnostiques et aux procédures et de l'information pour la prise en charge de l'alimentation du nouveau-né. Les renseignements sont partagés en temps opportun et sont consignés dans le dossier santé. Il est crucial que les renseignements soient partagés de façon à ce que la valeur de l'intégrité des parents soit au même niveau que celle du nouveau-né. Cela est fait afin d'assurer que les équipes ne profitent pas d'une peur liée à l'état de santé anticipé du nouveau-né pour forcer les parents ou le mandataire à consentir à un soin ou service proposé.

Au moment de fournir des renseignements aux parents, le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, la capacité ainsi que la langue et la culture sont pris en compte. Des processus de vérification de la compréhension adaptés sont utilisés.

Des outils et des ressources sont offerts aux parents et aux personnes proches aidantes pour les aider à gérer eux-mêmes l'état de santé du nouveau-né, tels qu'un plan d'action, des stratégies de résolution de problèmes et la réinterprétation de symptômes. Les sujets de formation sur la prise en charge autonome du nouveau-né devraient comprendre l'exercice, l'alimentation, les techniques de gestion des symptômes, les facteurs de risque, la gestion de la fatigue et du sommeil, la gestion des médicaments, la gestion des émotions, y compris l'éducation sur les pleurs persistants du nouveau-né et le syndrome du bébé secoué, les changements sur le plan cognitif et de la mémoire, la formation en communication avec des prestataires de soins et services et d'autres personnes, ainsi que la prise de décisions liées à des questions de santé.

- 4.1.16 L'équipe offre des conseils et de l'information aux parents sur le soutien disponible pour les nouveau-nés prématurés ou ceux présentant des conditions cliniques inattendues.

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

Conseils



Cette démarche peut être guidée par des données probantes et des réglementations locales. La conversation doit porter sur les résultats et les capacités locales, ainsi que sur les possibilités de transfert vers un palier de soins supérieur ou à un autre établissement, le cas échéant. Les renseignements peuvent également porter sur les attentes en matière de production de lait, de contact peau à peau, de méthode kangourou, d'allaitement au sein une fois le nouveau-né en état stable, d'expression du lait maternel, de collecte du colostrum et de l'admissibilité du nouveau-né au lait provenant d'une banque de lait.

Les parents de nouveau-nés prématurés ou présentant des conditions cliniques inattendues ont souvent besoin aussi d'un soutien psychologique ou d'interventions psychosociales.

- 4.1.17 L'équipe s'assure que les parents du nouveau-né sont informés de quel membre de l'équipe est responsable de la coordination des soins et services du nouveau-né.

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

Conseils

Le membre désigné peut être le membre de l'équipe interdisciplinaire qui est le plus régulièrement en contact avec les parents et les personnes proches aidantes ou le principal prestataire responsable des soins et services. L'équipe s'assure que les parents sont informés de la façon de joindre cette personne.

- 4.1.18 L'équipe s'assure que les parents du nouveau-né sont informés des ressources disponibles pour l'offre des soins et services en néonatalogie.

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

Conseils

Les parents et les personnes proches aidantes sont informés des ressources disponibles au sein de l'établissement et des soins et services complémentaires offerts dans la communauté. Ceux-ci sont informés des limites de l'établissement comme la disponibilité des pédiatres ou le niveau de soins néonataux offerts. La disponibilité de certains soins et services peut varier d'une région à une autre, selon la capacité des établissements, les compétences de la main-d'œuvre ou les distances à parcourir pour accéder aux soins et services.



En régions éloignées, par exemple, les prestataires de soins et services doivent discuter avec les parents et les personnes proches aidantes des soins et services qui peuvent être prodigués sur place ou virtuellement et de ceux au sein du continuum de soins et services qui nécessitent un déplacement vers une autre région.

4.1.19 L'équipe s'assure que le nouveau-né et les parents peuvent être accompagnés par la ou les personnes de leur choix.

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

Conseils

Les membres de l'équipe accueillent la ou les personnes proches aidantes, quelles qu'elles soient. Il peut s'agir de co-parent, de partenaire de vie, d'enfant, de doula, de sage-femme, de sage-homme, ou d'autres personnes. Les parents ont le droit de choisir cette ou ces personnes, conformément à la politique organisationnelle sur les visites, soit le respect du nombre maximum de personnes proches aidantes permises en salle d'accouchement, ou du nombre de visites restreint en temps de pandémie, par exemple. Un processus ou une démarche qui permet de régler les conflits entre les parents et leurs personnes proches aidantes concernant le niveau souhaité de participation est bien connu et appliqué par les membres de l'équipe.

Les parents ont un accès illimité à leur nouveau-né, à moins d'indications contraires, comme dans le cas d'une intervention de la part d'une agence de protection de l'enfance. Ainsi, la cohabitation des parents et du nouveau-né est assurée pendant toute la durée du séjour. À noter que la cohabitation inclut la présence des parents lors d'interventions auprès du nouveau-né.

4.1.20 L'équipe assure l'accès à du soutien pour les personnes proches aidantes qui doivent prendre en charge le nouveau-né en situation d'urgence.

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

Conseils

Ces cas peuvent comprendre par exemple les situations où la personne ayant donné naissance est indisposée ou décède à la suite de l'accouchement, ou les cas d'adoption ou de maternité de substitution. La personne proche aidante qui doit prendre en charge le nouveau-né n'avait pas nécessairement planifié de le faire et requiert donc un soutien



particulier. Un plan de soins et services individualisé peut être préparé afin d'accompagner la personne en question.

De plus, dans les cas où le nouveau-né n'a pas de parent ou de personne proche aidante disponible, un soutien particulier au nouveau-né peut s'avérer nécessaire. L'équipe communique avec les services sociaux, la société d'aide à l'enfance ou les groupes de défense des enfants, le cas échéant. Dans de tels cas, certains établissements peuvent faire appel à une famille d'accueil pour la prise en charge du nouveau-né.

4.1.21 L'équipe soutient les parents du nouveau-né pour qu'ils puissent amorcer et continuer l'allaitement.

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

Conseils

Les parents qui allaitent sont encouragés à nourrir leur nouveau-né aussi souvent et aussi longtemps qu'il en a besoin.

Les parents des nouveau-nés en néonatalogie qui allaitent ont accès à un soutien à l'allaitement aussi souvent qu'ils en ont besoin. Ce soutien est aussi disponible pendant les périodes prénatale, postnatale immédiate, néonatale et postnatale à domicile ou en clinique. Tous les professionnels qui leur offrent ce soutien devraient suivre la formation nationale en allaitement et leurs compétences devraient être évaluées selon un outil approprié.

Le counseling sur l'allaitement est pratique et individualisé. Le counseling pratique est défini comme la transmission de renseignements et de compétences précises qui aideront à l'amorce et au maintien de l'allaitement, dont le soutien motivationnel et émotionnel.

Les parents et les personnes proches aidantes sont guidés pour positionner le nouveau-né au sein et ainsi faciliter un transfert du lait efficace. Ceci est un des éléments importants pour assurer une production adéquate pour répondre aux besoins du nouveau-né.

Les parents et les personnes proches aidantes sont informés des signes pour reconnaître si le nouveau-né reçoit suffisamment de lait. La personne qui allaite est également soutenue pour exprimer son lait, manuellement ou à l'aide d'un tire-lait, en cas de besoin, et pour recueillir et conserver le lait exprimé en toute sécurité. Si le parent est incapable d'allaiter ou les nouveau-nés sont incapables de téter au sein, cette



personne est accompagnée pour amorcer l'expression de son lait dès que possible après la naissance, dans les six premières heures et idéalement dès la première à la troisième heure. L'expression doit se poursuivre au moins sept à huit fois toutes les 24 heures,

Le partage d'information et le soutien à l'allaitement pour les parents en cas de naissances multiples et de conditions médicales ou chirurgicales complexes, comme des anomalies chromosomiques, des malformations cardiaques, des troubles neurologiques ou des fentes palatines, est particulièrement essentiel pour établir et maintenir la production de lait maternel. Les nouveaux parents et ceux qui ont déjà rencontré des difficultés à allaiter peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire.

- 4.1.22 L'équipe soutient les parents pour qu'ils reconnaissent les signes de faim et les besoins de proximité et de confort du nouveau-né.

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

Conseils

L'équipe soutient les parents et les personnes proches aidantes pour qu'ils initient une relation étroite, nourrissante et aimante avec le nouveau-né. Les parents et les personnes proches aidantes sont informés de la façon de reconnaître les signes de faim, et les besoins de proximité et de confort afin qu'ils sachent comment y répondre et réagir en conséquence.

Dans le cas où l'unité ne dispose pas de chambres pour la cohabitation, l'équipe s'assure que les procédures organisationnelles permettent une présence parentale sans restriction et elle assure un environnement physique favorable. Des unités ouvertes 24 heures sur 24 et des salles d'attente où les parents peuvent rester avec leurs nouveau-nés aussi longtemps qu'ils le veulent entre les interventions peuvent servir à cet effet. Lorsque cela n'est pas possible, l'équipe réunit la dyade au moment où le nouveau-né montre des signes qu'il nécessite la présence d'un parent.

- 4.1.23 L'équipe informe les parents des besoins d'hygiène du nouveau-né au moment opportun.

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

Conseils

Les soins d'hygiène comprennent notamment :



- la fréquence recommandée pour les bains;
- les recommandations pour le nettoyage;
- les techniques appropriées pour le nettoyage des organes génitaux;
- les techniques pour le dégagement des voies respiratoires;
- les techniques, trucs et astuces pour le nettoyage du nez, du nombril, des cheveux, des ongles, etc.
- les produits et techniques à éviter dans les soins d'hygiène du nouveau-né.

Le moment opportun lors duquel il convient d'informer les parents et les personnes proches aidantes des besoins d'hygiène du nouveau-né dépend de la capacité de ceux-ci, du type de soins et services requis, de la durée du séjour au milieu de soins et du moment du congé. L'information se doit d'être fournie avant le congé et peut faire l'objet d'un rappel pendant le suivi selon les besoins.

4.1.24 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique tout au long du continuum de soins et services en néonatalogie.

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

Conseils

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, s'il y a lieu, dans l'ensemble de l'établissement. Les outils 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'aide à la décision clinique présente des avantages tant pour le nouveau-né et les parents que pour les prestataires de soins et services. Parmi ces avantages, on compte une efficacité, une précision, une cohérence et une fiabilité accrues, ainsi qu'une augmentation de la communication entre les parents, les personnes proches aidantes et les prestataires.

Les outils utilisés varieront selon les besoins du nouveau-né et selon le type et la gamme de soins et services prodigués. Ces outils utilisés sont fondés sur des données probantes et sont pertinents pour les soins et services offerts.

4.1.25 L'équipe s'assure d'avoir accès à la formation appropriée tout au long du continuum de soins et services en néonatalogie.

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



Conseils

Tous les membres de l'équipe possèdent les compétences et qualifications requises pour leur permettre de travailler à pleine capacité lors de la prestation de soins et services. C'est la responsabilité des gestionnaires de l'établissement de revoir régulièrement quelles compétences sont requises afin d'assurer que l'équipe rencontre les besoins de la population.

La formation est fournie à la main-d'œuvre au moyen d'une approche standardisée et de manière continue afin de maintenir les compétences acquises et d'assurer que les qualifications des prestataires de soins et services demeurent à jour conformément aux principes d'équité, de diversité et d'inclusion. La formation est adaptée aux populations desservies, telles la communauté 2SLGBTQ+, les communautés autochtones, les communautés ethniques et d'autres populations mal desservies et marginalisées telles les réfugiés et les immigrants.

Les modules de formation se doivent d'être culturellement adaptés et présentés au moyen de plateformes qui répondent aux besoins de la main-d'œuvre, comme des sessions virtuelles ou pré-enregistrées, des modules d'apprentissage sur le web et des sessions de formation en présentiel.

Les formations peuvent porter sur les thèmes suivants :

- l'identification des personnes à risque;
- la prévention auprès des populations à risque (en lien avec le programme SIPPE);
- la prévention de la maltraitance et de la prise en charge de la santé mentale pendant la grossesse;
- la prévention de la maltraitance auprès des nouveau-nés, notamment le syndrome du bébé secoué;
- la réanimation néonatale;
- les approches physiologiques pendant la naissance;
- les approches pour favoriser et soutenir l'allaitement;
- l'alimentation des nouveau-nés;
- les pratiques du programme d'approches multidisciplinaires en prévention de risques obstétricaux (AMPRO^{OB});
- les pratiques de prise en charge et de soulagement de la douleur;
- le partage d'informations prénatales;
- les signes de complications à tous les stades de la grossesse et du travail;
- les saines habitudes de vies pendant la grossesse et après la naissance (tant pour les parents que pour le nouveau-né);
- les pratiques de sommeil sécuritaires;
- la prévention des risques de suicide;



- la maternité de substitution;
- les approches de soins et services adaptées aux traumatismes;
- le soutien aux usagers et aux personnes proches aidantes à la suite d'une perte néonatale.

4.1.26 L'équipe utilise une approche de soins et services en néonatalogie adaptée à la prévention de traumatismes.

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

Conseils

Le trauma n'est pas associé de manière systématique à une pathologie ou un phénomène physique. Il arrive souvent qu'un traumatisme en milieu néonatal se rapporte au non-respect des demandes et souhaits des parents ou des personnes proches aidantes, ainsi qu'à un sentiment de n'avoir pas été respectée en tant que personne à part entière. La valeur et l'intégrité individuelle peuvent en être affectées. De plus, une approche adaptée aux traumatismes prend en compte les expériences ultérieures négatives que le nouveau-né ou les parents ont pu vivre. Cela est particulièrement probant lorsque le nouveau-né et les parents font partie d'une ou de plusieurs communautés marginalisées et racialisées. L'adoption d'une telle approche envers les soins et services permet de diminuer le risque de violences en milieux de soins néonataux.

Il convient de noter que la naissance prématurée ou l'accouchement d'un enfant malade peut être traumatisant et peut mettre en cause un large éventail de sentiments ressentis par le ou les parents, notamment le choc, l'incertitude, la tristesse, entre autres. Une grossesse ou un accouchement traumatique ou prématuré peut accroître les difficultés à créer des liens avec le nouveau-né et à s'identifier au rôle de parent.

4.1.27 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour l'identification des clientèles des soins et services en néonatalogie vivant en contextes de vulnérabilité

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

Conseils

Ces outils sont basés sur les données probantes et utilisés afin d'intervenir selon les antécédents de grossesses et sur les facteurs de risque potentiels pour le développement du nouveau-né. Les outils identifient les ressources permettant de diminuer les risques et de soutenir les nouveau-nés et les parents, dans une perspective



de développement global de l'enfant et de l'unité familiale. Ultiment, l'utilisation de ces outils sert à offrir le soutien nécessaire aux nouveau-nés et aux parents. Un arbre de soutien à la décision pour le choix du bon service selon les besoins est disponible dans le cadre du programme Services intégrés en néonatalogie et petite enfance (SIPPE).

- 4.1.28 L'équipe adhère au cadre d'éthique de l'établissement pour traiter de façon proactive les questions d'ordres éthiques survenant lors de la prestation de soins et services en néonatalogie.

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

Conseils

Les questions d'ordres éthiques comprennent les cas où des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être complexes et mettre à risque le pronostic vital du nouveau-né. Ces questions peuvent aussi être liées aux activités quotidiennes. Parmi les exemples, on compte les conflits d'intérêts, le respect du choix d'un usager de vivre avec des risques, les demandes de retrait ou de cessation de certains soins ou services. Ces derniers comprennent aussi ceux de maintien en vie et les soins en fin de vie. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans les cas où des décisions difficiles doivent être prises.

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

- 4.1.29 L'équipe communique les possibilités de participation aux projets de recherche en cours aux parents du nouveau-né.

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

Conseils

Les parents du nouveau-né ont le droit d'être informés des possibilités de participer à des activités de recherche. Ils peuvent contribuer à ces projets soit à titre de participants ou à titre d'experts en la matière agissant comme chercheurs contributeurs ou cochercheurs. Les parents du nouveau-né souhaitant participer à des projets de recherche doivent être informés de ces activités et de la manière d'obtenir des informations supplémentaires sur les modalités de participation. Si la recherche fait partie du mandat de l'établissement, les équipes devraient être à l'affut des recherches en cours et offrir aux parents de nouveau-nés la possibilité d'y participer. Les équipes



doivent également s'informer des possibilités de formation auprès des responsables de la recherche et des établissements associés sur la recherche orientée vers les nouveau-nés afin d'y participer et de soutenir la participation des parents et nouveau-nés.

- 4.1.30 L'équipe a connaissance des soins et services en néonatalogie offerts par l'ensemble des programmes-services.

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

Conseils

Il est essentiel que les équipes connaissent les soins et services offerts par les programmes-services à l'intérieur ainsi qu'à l'extérieur de l'établissement. Ainsi, des transferts efficaces peuvent être coordonnés en temps opportun dans les cas où l'équipe ou l'établissement n'est pas en mesure d'offrir les soins ou services nécessaires au nouveau-né et d'en assurer une offre ininterrompue.

- 4.1.31 L'équipe offre une gamme de soins et services hiérarchisés aux nouveau-nés et aux parents accédant aux soins et services en néonatalogie, en temps opportun.

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

Conseils

Les soins et services essentiels sont définis en fonction des types de soins et services offerts et des besoins des nouveau-nés et des parents y accédant. Les différentes autorités compétentes peuvent disposer de documents définissant les types et niveaux de soins et services considérés comme essentiels.

Les procédures correspondent aux directives inspirées par les meilleures pratiques. Des protocoles sont également en place pour le transfert du nouveau-né vers un centre disposant du niveau adéquat de soins et services ou de capacités néonatales, afin d'assurer un accès ininterrompu aux soins et services.

De plus, en cas d'urgence, d'anormalité, de complication ou d'événement préjudiciable, des politiques ou des protocoles de recours à la hiérarchie des soins et services précisent les membres de l'équipe avec lesquels on devrait communiquer et dans quelles circonstances. L'équipe connaît les délais de réponse appropriés et sait qui contacter en l'absence de réponse.



Les circonstances exigeant la mise en œuvre de politiques ou de protocoles de recours à la hiérarchie des soins et services peuvent inclure les interventions nécessitant une salle d'opération, le manque de ressources humaines et matérielles, comme la pénurie de lits, ou certaines conditions fœtales.

Tous les membres de l'équipe sont autorisés à utiliser les codes d'appel et sont à l'aise de le faire.

4.1.32 L'équipe dispose de critères cliniques définis pour la hiérarchisation des soins et services offerts en néonatalogie.

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

Conseils

La capacité de l'équipe ainsi que le niveau de soins et services offerts par l'établissement sont pris en compte de manière à préciser si les besoins du nouveau-né peuvent être satisfaits dans l'établissement où il se présente. Les critères de hiérarchisation peuvent être définis par l'autorité administrative appropriée, telle que le ministère de la Santé et des Services sociaux au Québec.

En particulier, une attention doit être portée à l'évaluation de risques pour le nouveau-né afin de l'orienter vers les soins et services appropriés. Cette évaluation peut être faite au moyen d'une liste de vérification éclairée par des données probantes et qui présente les facteurs de risques suivants :

- déterminants sociaux;
- antécédents médicaux;
- autres critères cliniques.

Le parents ou les personnes proches aidantes qui se présente dans un établissement dont le niveau de soins et services ne correspond pas aux besoins du nouveau-né sont transférés vers une équipe ayant l'expertise requise.

Par conséquent, l'accès à des services consultatifs appropriés doit être assuré. Les services consultatifs peuvent comprendre, entre autres, ceux des pédiatres, des néonatalogistes, des spécialistes en médecine fœto-maternelle, des obstétriciens-gynécologues, des anesthésistes, des cardiologues, des neurologues, des néphrologues, des hématologues, des endocrinologues, des spécialistes en médecine



interne, des chirurgiens, des sages-femmes, des sages-hommes, des consultant(e)s en lactation, des travailleurs sociaux, des psychiatres, des services de soutien social ou des services de deuil.

4.1.33 L'équipe respecte la procédure organisationnelle de transfert inter-établissements pour assurer un transfert adapté aux besoins du nouveau-né.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Cette procédure est claire et définie selon un ensemble de critères cliniques. Entre autres, la procédure doit indiquer le type d'accompagnement requis, l'équipement médical, la médication, les moyens de transports disponibles et lesquels utiliser dans quelles situations, et comment communiquer toutes les informations nécessaires entre les différentes équipes concernées.

Les nouveau-nés sont transportés de façon sécuritaire lors de transferts intra- ou inter-établissements. Une procédure organisationnelle est en place pour veiller à ce que le nouveau-né et ses parents soient prêts pour le transport et à ce que l'information appropriée soit communiquée à l'équipe qui les recevra, s'il y a lieu. Cela comprend le fait d'évaluer l'état clinique du nouveau-né et son niveau de préparation au transport, de déterminer la médication nécessaire, de s'assurer que l'équipement au point de destination est prêt, de faire un compte rendu de la situation à l'équipe qui reçoit le nouveau-né et ses parents, et d'aviser les personnes proches aidantes. Le processus de transfert comporte aussi l'identification de la personne désignée pour accompagner le nouveau-né durant le transport.

Ces transferts peuvent comprendre le transfert d'un domicile ou d'une maison de naissance à un centre hospitalier, ou encore, à un centre hospitalier spécialisé dans le cas de complications majeures. Un tel transfert est nécessaire pour assurer la sécurité du nouveau-né lorsque des complications surviennent.

4.1.34 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en matière de manipulation, de stockage, d'étiquetage et d'élimination du lait maternel.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle traite également du lait de donneuses et des préparations commerciales pour nourrissons qui sont conservées sur place.



4.1.35 L'équipe respecte les lois sur la maternité de substitution et l'adoption tout au long du continuum de soins et services en néonatalogie.

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

Conseils

Les lois peuvent varier selon le territoire de compétence et des ressources d'aide juridictionnelles peuvent être disponibles pour faciliter la gestion de ces situations. L'entente individuelle de maternité de substitution est également respectée. Le respect de ces lois et ententes permet une identification claire de qui sont les parents ou personnes responsables du nouveau-né.

4.1.36 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur les indications d'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons.

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

Conseils

La procédure organisationnelle respecte les normes de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé et traite des éléments suivants :

- stratégies pour maximiser la production de lait et prévenir l'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons;
- indications médicales justifiant l'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons;
- évaluation des parents et du nouveau-né, ainsi qu'une observation d'une tétée avant de fournir des préparations commerciales pour nourrissons;
- utilisation d'un processus de prise de décisions éclairée et partagée qui évalue les avantages et les désavantages potentiels de ces suppléments et ce qui compte le plus pour les parents;
- choix du lait par ordre de priorité : allaitement directement au sein, lait maternel exprimé par le parent, lait maternel pasteurisé d'une donneuse, préparations commerciales pour nourrissons;
- méthodes pour fournir les suppléments selon la situation de chaque nouveau-né. À titre d'exemple, il peut s'agir d'une tasse, d'une sonde nasogastrique ou d'un biberon;



- dès qu'il n'y a plus d'indication médicale, effectuer la transition d'une alimentation avec des volumes et fréquence fixes à une alimentation selon les signes et compétences du nouveau-né.
- documentation sur toutes les préparations commerciales pour nourrissons administrées et leur indication médicale dans le dossier santé du nouveau-né;
- préparation d'un plan de soins et services individualisé sur la façon de réduire et d'éliminer les préparations commerciales pour nourrissons, si possible.

De plus, l'équipe soutient les dyades pour établir et maintenir la production de lait, et pour assurer un transfert efficace du lait afin que le nouveau-né ne reçoive que du lait maternel tout au long de son séjour, à moins qu'il y ait une indication médicale qui justifie l'utilisation des préparations commerciales pour nourrissons.

Si les parents décident de recourir à un allaitement non exclusif, soit une combinaison de l'allaitement maternel et de l'alimentation avec des préparations commerciales pour nourrissons, ou de fournir des préparations commerciales pour nourrissons en l'absence d'indication médicale, la discussion de l'équipe en lien avec cette décision est documentée dans le dossier santé du nouveau-né. Les parents sont entièrement soutenus par l'équipe une fois qu'une décision éclairée est prise.

- 4.1.37 L'équipe utilise les données du suivi de grossesse et de la naissance afin de planifier les soins et services en néonatalogie requis.

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

Conseils

L'équipe collabore avec les prestataires de soins et services appropriés pour obtenir ces renseignements. La planification des soins et services requis peut se faire à l'accueil ou avant le moment de l'initiation du travail. La prise en compte de l'historique de la grossesse et de la naissance permet à l'équipe d'orienter leur pratique et la planification des soins et services requis selon le contexte clinique du nouveau-né.

- 4.1.38 L'équipe détermine les besoins du nouveau-né lors de l'évaluation initiale, en collaboration avec les parents.

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

Conseils



L'évaluation des besoins est effectuée le plus tôt possible et est éclairée par l'historique et la condition clinique actuelle du nouveau-né, ainsi que par les informations obtenues lors des transferts, s'il y a lieu. L'évaluation est guidée par une approche structurée et considère les besoins biopsychosociaux du nouveau-né, des parents et des personnes proches aidantes.

4.1.39 L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.

POR

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

Test(s) de conformité

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

Conseils

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

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

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



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

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

Conseils

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

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

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

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

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

Conseils

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



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

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

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

4.1.39.4 L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

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

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



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

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

- 4.1.39.5 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager. Les chutes et les blessures qui en découlent qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents.

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

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

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



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

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. En tant que membre de l'équipe, l'usager reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

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

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

- L'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- Les stratégies préventives qui interpellent l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire, comme le partage de l'état de mobilité de l'usager sur son tableau de communication;
- Les stratégies qui permettent aux membres de l'équipe de réduire les risques de chutes et de blessures lorsqu'ils offrent un soutien aux usagers;
- Ce qu'il faut faire lorsqu'une chute ou une blessure qui en découle se produit dans le milieu de soins, ou dans un espace public, y compris la déclaration d'un incident ou accident.

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

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y



participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 4.1.39.7 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention des chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

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

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés aux chutes et aux blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.



Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

4.1.40 L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

4.1.40.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

Le repérage est une pratique succincte, fondée sur des données probantes, qui permet d'identifier de manière proactive les besoins et les risques de santé d'un usager susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie.

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer les risques d'atteinte à l'intégrité de la peau d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de procéder à un repérage de l'intégrité de la peau de tous les usagers. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.



4.1.40.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'utilisateur dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, une évaluation complète est réalisée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée avec des outils d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes qui reflètent les soins et services prodigués, le milieu de soins, et les populations desservies.

Les outils d'évaluation sélectionnés peuvent inclure des méthodes permettant d'évaluer notamment :

- La couleur de la peau, son humidité, sa température, sa texture, son élasticité et la présence de lésions ou de déchirures;
- La perception sensorielle de l'utilisateur, son activité physique, sa mobilité et son exposition à la friction, au cisaillement, à l'humidité et aux facteurs de risques environnementaux;
- La capacité de l'utilisateur à gérer sa propre intégrité cutanée, y compris le maintien d'une bonne hygiène, d'une saine alimentation et d'un bon apport hydrique;
- Les risques associés aux comorbidités, comme le diabète, ou les risques associés aux interventions planifiées, comme la chirurgie ou les thérapies anticancéreuses.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

4.1.40.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.



Conseils

Les interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- La mise en œuvre de stratégies visant à optimiser l'intégrité de la peau, comme la mobilité, l'hydratation, la nutrition et l'utilisation de crèmes protectrices;
- La réalisation des réévaluations;
- La revue des médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité de la peau;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils comme des lève-personnes, des coussins ou matelas à réduction de pression.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 4.1.40.4 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager.

Il est question d'atteinte nosocomiale à l'intégrité de la peau lorsqu'une déchirure cutanée, une infection, une pression ou une autre lésion cutanée est causée par une intervention de soins, ou une variation involontaire de la qualité des soins et services.



La procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incident et accident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

4.1.40.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les préjudices et optimiser l'intégrité de la peau. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance d'optimiser l'intégrité de la peau;
- L'identification des risques évitables et non évitables pour l'intégrité de la peau;
- L'importance d'évaluer les surfaces et les dispositifs qui sont en contact avec la peau;
- L'importance d'évaluer les dispositifs qui pénètrent la barrière cutanée, comme les perfusions intraveineuses;



- La déclaration des atteintes nosocomiales à l'intégrité de la peau à titre d'incident et accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 4.1.40.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement afin d'optimiser l'intégrité de la peau.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les blessures et à optimiser l'intégrité de la peau;



- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à l'atteinte de l'intégrité de la peau dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière d'optimisation de l'intégrité de la peau.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

4.1.41 L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

4.1.41.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.

Conseils

Le repérage est une pratique succincte, fondée sur des données probantes, qui permet d'identifier de manière proactive les besoins et les risques de santé d'un usager susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie.

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de thromboembolie veineuse d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme celui où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Les outils de repérage sélectionnés identifient les facteurs de risque de thromboembolie veineuse, tels que les antécédents de thromboembolie veineuse, la mobilité réduite, l'âge avancé, les problèmes de santé et toutes formes d'intervention y compris les procédures chirurgicales.



Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer le risque de thromboembolie veineuse chez tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 4.1.41.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour l'utilisation des outils d'aide à la décision clinique afin de déterminer les interventions requises pour un usager dont le repérage du risque de thromboembolie veineuse est positif.

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique fournissent à l'équipe, y compris l'utilisateur, des informations fondées sur des données probantes pour faciliter la prise de décision. Les outils d'aide à la décision clinique peuvent être intégrés au sein d'ordonnances préétablies.

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque de thromboembolie veineuse, des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés afin de déterminer les interventions requises. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

Les informations recueillies grâce aux outils d'aide à la décision clinique sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 4.1.41.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.



Conseils

Les interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse s'appuient sur les outils d'aide à la décision clinique et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- Des stratégies quotidiennes comme l'hydratation, la mobilisation, le positionnement et le port de vêtements amples;
- Des stratégies à plus long terme comme le maintien d'un poids santé et l'évitement d'un mode de vie sédentaire;
- Une thromboprophylaxie pharmacologique;
- Une thromboprophylaxie mécanique, comme l'utilisation d'un dispositif pneumatique intermittent.

Le moment de l'initiation, la durée et les exigences de vigie des interventions thromboprophylactiques sont précisés et adaptés aux caractéristiques de l'utilisateur. Les caractéristiques de l'utilisateur peuvent comprendre le risque de saignement, le poids, les fonctions physiologiques et les facteurs de risque comme les chutes et l'intégrité de la peau.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 4.1.41.4 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident survenu lors de la prestation des soins et services.

Conseils

Il est question de thromboembolie veineuse nosocomiale lorsqu'un caillot de sang dans une veine ou dans les poumons est causé par une intervention de soins.

La procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.



Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager. Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

4.1.41.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention de la thromboembolie veineuse.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir la thromboembolie veineuse. En tant que membre de l'équipe, l'usager reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention de la thromboembolie veineuse;
- Les orientations actuelles sur l'identification du risque de thromboembolie veineuse chez les usagers et les stratégies préventives appropriées, y compris les interventions pharmacologiques et mécaniques;
- La déclaration des incidents thromboemboliques veineux nosocomiaux comme incidents et accidents.



Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose d'un temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

4.1.41.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention de la thromboembolie veineuse dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse;



- L'analyse des causes profondes des incidents liés à la thromboembolie veineuse dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant la prévention de la thromboembolie veineuse;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention de la thromboembolie veineuse.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

4.1.42 L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication, comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins et services posthospitaliers, la relecture et la reformulation, favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente, les outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisation. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisation. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les personnes proches aidantes de répéter l'information. Les usagers et les personnes proches aidantes ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le



processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

Test(s) de conformité

- 4.1.42.1 L'information qui doit être partagée lors des transitions des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins et services, transfert et congé.
- 4.1.42.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.
- 4.1.42.3 Lors des transitions, les usagers et les personnes proches aidantes reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins et services.
- 4.1.42.4 L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.
- 4.1.42.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
 - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).



4.1.43 L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

4.1.43.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.

Conseils

Le meilleur schéma thérapeutique possible est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. Les transitions de soins ont lieu lorsqu'un usager passe d'un milieu de soins à un autre.

La procédure organisationnelle définit la manière d'obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des transitions de soins, en incluant au moins les éléments suivants :

- Des entretiens virtuels ou en personne avec l'utilisateur, ou la personne responsable de la gestion des médicaments de cet usager. Ces discussions sont menées de manière à encourager la transmission complète des renseignements concernant la prise de médicaments, y compris les médicaments sur ordonnance, les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tous les remèdes traditionnels ou complémentaires;
- La vérification de la liste des médicaments obtenue de l'utilisateur auprès d'au moins une autre source d'information fiable. Les sources d'information peuvent provenir du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire, du dossier santé de l'utilisateur, de la liste des médicaments au congé de l'hôpital ou de la feuille d'administration des médicaments.

La procédure organisationnelle est à jour et fondée sur des données probantes. La procédure identifie les transitions de soins au cours desquelles le meilleur schéma thérapeutique possible de l'utilisateur doit être réalisé. À titre d'exemples, il peut s'agir de la transition d'un usager vers ou



depuis un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, un milieu de soins et services ambulatoires comme une clinique d'oncologie, ou un milieu de soins et services primaires où les médicaments sont gérés.

Le meilleur schéma thérapeutique possible est consigné dans le dossier santé de l'usager. L'information est communiquée à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

4.1.43.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.

Conseils

Les divergences entre les médicaments non résolues, qu'elles soient intentionnelles ou non, peuvent entraîner des erreurs de médication et causer un préjudice à l'usager, occasionner des rencontres cliniques non planifiées et des coûts connexes pour le système de santé. Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une prescription inappropriée et à la duplication des médicaments ayant une action thérapeutique.

Les divergences entre les médicaments sont identifiées et documentées par un membre au sein de l'équipe ayant les compétences pour le faire. Le meilleur schéma thérapeutique possible est comparé à ce qui a été récemment prescrit ou à ce qu'il est prévu de prescrire.

Les divergences identifiées sont documentées et communiquées au prescripteur de l'ordonnance. Les divergences sont résolues de manière opportune conformément à la procédure organisationnelle.

La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. Toutefois, le risque de divergences entre les médicaments est considérablement réduit lorsque le meilleur schéma thérapeutique possible est établi avant la rédaction d'une ordonnance. L'utilisation de technologies de l'information interopérables contribue à rendre le bilan comparatif des médicaments plus fiable et plus efficace.

Tous changements de médication sont discutés avec l'usager afin de s'assurer qu'ils reflètent ses objectifs et ses préférences de traitement. Ces discussions permettent à l'usager de comprendre quels médicaments doivent être arrêtés ou modifiés, quelles sont les interactions potentielles avec les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les



suppléments et tout remède traditionnel ou complémentaire, et comment se départir des médicaments inutiles.

La liste précise des médicaments est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 4.1.43.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les incidents qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents afin d'éviter les préjudices, réduire les erreurs et atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager.

Les incidents liés au maintien d'une liste précise de médicaments lors des transitions de soins comprennent les cas où le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué, est effectué de façon incorrecte ou n'est pas effectué en temps opportun et aurait pu causer un préjudice ou a causé un préjudice à un usager.

La procédure de déclaration des incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.



4.1.43.4 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins. En tant que membre de l'équipe, l'usager reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les résidents et les fellows participent aux activités d'apprentissage requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage liés aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- Les stratégies pour faire participer activement l'usager dans la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, y compris l'évaluation de la connaissance des médicaments de l'usager;
- La communication des changements de médication lors des transitions de soins;
- La formation sur les outils d'aide à la décision clinique du bilan comparatif des médicaments de l'établissement et sur la technologie interopérable;
- La déclaration des incidents liés au maintien d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.



L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées conformément à la procédure organisationnelle.

- 4.1.43.5 L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles concernant le bilan comparatif des médicaments, y compris l'évaluation de la fiabilité et de l'exactitude des meilleurs schémas thérapeutiques possibles et l'évaluation des taux de résolution des divergences entre les médicaments et de la rapidité d'exécution;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à la tenue à jour d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur sur l'applicabilité de la procédure du bilan comparatif des médicaments



de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;

- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

- 4.1.44 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la sélection des épreuves diagnostiques pour obtenir l'information nécessaire sur l'état de santé et la présentation clinique du nouveau-né.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les épreuves les moins invasives possibles sont sélectionnées pour l'évaluation de l'état de santé et de la présentation clinique du nouveau-né.

Les épreuves diagnostiques et les mesures d'évaluation sont choisies selon leur applicabilité et sont proportionnelles à la situation clinique. Les techniques choisies pour effectuer les épreuves diagnostiques sont sélectionnées conformément aux données probantes.

La procédure organisationnelle considère le confort du nouveau-né au moment de déterminer l'ordre dans lequel les épreuves diagnostiques sont réalisées. Elle indique que l'équipe effectue plusieurs épreuves diagnostiques simultanément, lorsque possible, afin de minimiser le nombre total d'interventions auprès du nouveau-né.

- 4.1.45 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour soutenir la gestion de la douleur du nouveau-né.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés pour établir l'intensité, les caractéristiques, l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que ses impacts sur les activités habituelles du nouveau-né. L'impact des traumatismes sur l'expérience de la douleur et sur le bien-être psychologique est reconnu. La réponse aux demandes de prise en charge de la douleur est rapide.

Les stratégies de gestion de la douleur pour le nouveau-né peuvent comprendre des interventions physiques, comportementales et psychologiques, comme des mouvements pour éviter les crampes, des massages, un positionnement du corps particulier et des soins individuels, l'emploi d'analgésiques, y compris des opioïdes, l'allaitement directement au sein ou la succion sur une suce dans les cas où la personne ayant accouché n'est pas présente ou décide de ne pas allaiter, le contact peau à peau ou la méthode kangourou et une solution de saccharose pendant les procédures douloureuses. Toute douleur associée à l'allaitement chez la personne qui allaite est soutenue par un enseignement approprié et des techniques de positionnement et de mise au sein.

Les parents et les personnes proches aidantes sont informés de l'effet possible des médicaments, comme les sédatifs, sur le nouveau-né, ainsi que de son succès et de sa sécurité pour le nouveau-né.

4.1.46 L'équipe évalue le degré de sédation du nouveau-né sur une base régulière.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le degré de sédation du nouveau-né devrait être surveillé au moyen d'un ou plusieurs outils d'aide à la décision clinique de façon à orienter les soins et services.

Le degré de sédation visé dépend de l'état du nouveau-né, l'objectif étant d'atteindre les buts cliniques avec la plus petite quantité possible de sédatifs. Une sédation insuffisante peut entraîner de la douleur et de l'anxiété chez le nouveau-né, en plus d'augmenter le risque d'auto-extubation, tandis que la sursédation peut interférer avec l'évaluation du statut neurologique du nouveau-né, augmenter les risques de pneumonies sous ventilation assistée et contribuer à prolonger la durée de la ventilation mécanique. Une sédation adéquate est particulièrement importante pendant la paralysie en raison des bloquants neuromusculaires.

4.1.47 L'équipe effectue une évaluation nutritionnelle complète du nouveau-né.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les facteurs qui peuvent indiquer la nécessité d'effectuer une évaluation nutritionnelle complète varient selon les populations d'utilisateurs et l'état clinique du nouveau-né. Un nouveau-né en état critique présente des défis pour l'optimisation de son état nutritionnel et de son développement. Il est recommandé d'assurer un accès à des diététistes et des consultants en lactation, en leur réservant du temps pour les unités de soins et services en néonatalogie, afin qu'ils contribuent à cibler les nouveau-nés à risque et à gérer leur état à l'aide d'un outil d'aide à la décision clinique.

L'évaluation nutritionnelle est appropriée à l'âge et à l'état du nouveau-né. Si ce service n'est pas disponible dans l'établissement, l'équipe l'obtient l'assistance nécessaire auprès de partenaires, en accédant à des ressources communautaires, ou en ayant recours à la télésanté.

Comme les besoins nutritionnels du nouveau-né peuvent changer au cours du continuum des soins et services, l'évaluation nutritionnelle est revue et modifiée le cas échéant.

Pour les utilisateurs en néonatalogie, du soutien à l'allaitement et des ressources connexes peuvent aussi être nécessaires. À titre d'exemple, on compte un accès à de la main-d'œuvre formée en allaitement et des consultantes en allaitement, des tire-laits, ainsi que des contenants et des réfrigérateurs pour conserver le lait.

- 4.1.48 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour la repérage et la prise en charge de la septicémie chez les nouveau-nés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une septicémie survient lorsque la réaction du corps compromet la sécurité des tissus et des organes en raison d'une infection, ce qui peut entraîner la défaillance de plusieurs organes ou le décès si la septicémie n'est pas traitée rapidement.

Des stratégies pour la prévention, le repérage rapide et le traitement de la septicémie, comprennent le repérage et le traitement des infections pouvant entraîner une septicémie ainsi que l'identification et la réduction des antécédants familiaux ayant une influence sur les facteurs de risque ou d'une conséquence non intentionnelle des soins



et services qui peuvent aggraver le risque d'infection ou faire progresser une septicémie. Il est ici question de l'âge du nouveau-né, si le nouveau-né est prématuré, de la présence d'une maladie chronique, ou de la présence d'implants médicaux.

Les nouveau-nés qui contractent une septicémie reçoivent des interventions rapides conformément aux pratiques fondées sur des données probantes.

4.1.49 L'équipe effectue un repérage systématique universel pour tous les nouveau-nés.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le repérage universel permet d'identifier des conditions cliniques comme le syndrome d'abstinence néonatale, une cardiopathie congénitale sévère, une infection et des erreurs innées du métabolisme, ou encore la surdité. Au Québec, ce repérage fait partie du Programme québécois de dépistage néonatal sanguin et du Programme québécois de dépistage de la surdité néonatale.

4.1.50 L'équipe évalue les risques de mauvais traitements du nouveau-né, tout au long du continuum de soins et services en néonatalogie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le cas échéant, et en accord avec la Loi sur la protection de la jeunesse, un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse est obligatoire s'il existe un risque raisonnable pour le développement et la sécurité de l'enfant.

4.1.51 L'équipe communique les résultats des évaluations aux parents du nouveau-né en temps opportun et en utilisant un langage clair et simple.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

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'alphabétisation des parents et des personnes proches aidantes, à leur langue et à leur culture.

- 4.1.52 L'équipe évalue l'état de santé du nouveau-né de façon continue, tout au long du continuum de soins et services en néonatalogie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le fait de ne pas signaler un changement dans l'état du nouveau-né 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 du nouveau-né est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.

- 4.1.53 L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé pour le nouveau-né, qui tient compte des préférences des parents.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan de soins et services individualisé prend en compte la situation clinique et les ressources disponibles, et repose sur les résultats de l'évaluation des besoins du nouveau-né. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des équipes provenant d'autres programmes-services ou d'autres établissements, ainsi que des parents et des personnes proches aidantes. Il comprend également des renseignements détaillés sur les antécédents, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments du nouveau-né, y compris les problèmes ou les réactions indésirables aux médicaments, lorsque disponible.

Le plan comprend le lieu de la prestation des soins et la fréquence des services, incluant les délais prévus avant le début des services le cas échéant, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des services, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.



Les besoins et les préférences exprimés par les parents et les personnes proches aidantes, ainsi que les options pour ceux-ci, font l'objet de discussions. L'équipe participe à une prise de décisions partagée qui tient compte des résultats attendus pour le nouveau-né et des risques et bienfaits liés aux options.

Les sujets abordés dans le plan de soins et services individualisé peuvent comprendre :

- les stratégies de prise en charge de la douleur, y compris les impacts possibles des choix pharmacologiques, comme les sédatifs, sur la capacité du nouveau-né de téter et les façons proposées par l'équipe pour réduire ces impacts, le cas échéant;
- les décisions relatives à l'alimentation du nouveau-né, y compris les renseignements sur les soins et services disponibles et ceux sur l'allaitement et la lactation en fonction de leur situation, tels les options pour l'expression du lait maternel et l'accès à la banque de lait;
- les soins auto-administrés, y compris le sommeil, le bain et l'alimentation;
- les préférences liées à la religion et à la culture;
- la confidentialité;
- les épreuves diagnostiques et les traitements.

4.1.54 L'équipe établit les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis en partenariat avec les parents du nouveau-né.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences du nouveau-né, des parents et des personnes proches aidantes, tels que définis dans leur évaluation sont utilisés pour élaborer les objectifs des soins et services. Les objectifs et les résultats attendus pour le nouveau-né sont conformes aux circonstances particulières de ce dernier. Ils sont réalisables, mesurables et complémentaire aux objectifs et résultats élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres organismes qui offrent des soins et services au nouveau-né.

4.1.55 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en matière d'alimentation infantile.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**



Conseils

La procédure organisationnelle est fondée sur des données probantes, traite à la fois de l'allaitement ou de l'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons si la personne ayant accouché n'allait pas et s'harmonise avec les normes de l'Initiative Amis des Bébés.

Les parents qui souhaitent allaiter, mais qui éprouvent des difficultés, ainsi que ceux qui décident de ne pas allaiter, bénéficient d'un soutien sans jugement.

4.1.56 L'équipe assure des soins et services de soutien à l'allaitement pour aider les parents du nouveau-né à gérer les difficultés d'allaitement courantes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe conseille les parents et les personnes proches aidantes en matière de prévention et de prise en charge de la douleur et de blessures aux mamelons, d'engorgement ou d'inquiétudes au sujet de la production de lait.

L'équipe évalue régulièrement le poids du nouveau-né pendant les premiers jours de la vie. Les processus physiologiques impliquant la transition du nouveau-né vers la vie extra-utérine, comme la perte de poids, l'hypoglycémie asymptomatique et l'hyperbilirubinémie néonatale, sont évalués en fonction des recommandations de pratique clinique en utilisant une approche individualisée et un jugement clinique.

Les dyades présentant des difficultés, telles une personne éprouvant de la douleur aux seins, ou un nouveau-né qui ne peut pas téter, sont évaluées par une ressource qualifiée en allaitement. L'accès à un soutien à l'allaitement est disponible en tout temps.

Si le parent est incapable d'allaiter ou si le nouveau-né est incapable de téter, l'expression du lait est amorcée dès que possible pour établir et maintenir la production lactée. L'expression doit se poursuivre au moins sept à huit fois toutes les 24 heures.

Les nourrissons dont le parent ne produit pas suffisamment de lait doivent autant que possible être nourris avec du lait pasteurisé de donneuses, tel celui provenant de la banque publique de lait Héma-Québec, en fonction de la disponibilité et de l'admissibilité.

Les parents et les personnes proches aidantes sont soutenus pour l'amorce des mises au sein dès que le nouveau-né est stable, et ce, sans égard au poids ou à l'âge gestationnel, post-natal ou post menstruel du nouveau-né. Une fois l'allaitement commencé, ils bénéficient d'un soutien concernant le positionnement du nouveau-né et



la manière de reconnaître un transfert efficace du lait. L'équipe fournit un soutien motivationnel aux parents et aux personnes proches aidantes et les informe que le transfert de lait progressera à mesure que le nourrisson arrive à maturité.

- 4.1.57 L'équipe soutient les parents du nouveau-né dans leurs décisions de donner des suppléments ou de combiner l'allaitement avec des préparations commerciales pour nourrissons.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe aide les parents à prendre des décisions éclairées en matière d'alimentation des nourrissons grâce à une approche éducative individualisée.

L'équipe est respectueuse et soutient les parents qui n'allaitent pas et ceux qui combinent l'allaitement de leur nouveau-né avec des préparations commerciales pour nourrissons.

Dans le cas où un parent se voit obligé d'arrêter l'allaitement, l'équipe fournit un soutien adéquat si celui-ci présente des réactions émotionnelles telles que du stress, de la culpabilité, ou un sentiment d'inadéquation à la suite d'une décision.

Les parents qui ont pris la décision éclairée de ne pas allaiter sont informés des différentes options d'alimentation adaptées à leur situation. L'équipe collabore avec les parents et les personnes proches aidantes pour s'assurer qu'ils sont informés de la préparation, de l'utilisation pour l'alimentation et de l'entreposage sécuritaires des préparations commerciales pour nourrissons.

- 4.1.58 L'équipe suit la procédure organisationnelle en matière de contact précoce peau à peau à la suite de l'accouchement et pendant le séjour à l'unité de néonatalogie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une telle procédure doit exister pour tout type de lieu de naissance, comme les naissances à domicile, dans une maison de naissance, dans une chambre d'accouchement en milieu hospitalier ou au bloc opératoire. Un contact peau à peau immédiat, soit dans les cinq premières minutes après la naissance, ininterrompu, soit pendant au moins une heure en continu et pour au moins huit heures par jours et



prolongé, soit tout au long du séjour, est favorisé. Un tel contact est essentiel pour les bébés prématurés ou de faible poids, mais est reconnu comme bénéfique pour tous les nouveau-nés et les personnes ayant donné naissance. Une autre personne que celle ayant donné naissance peut initier le contact.

La main-d'œuvre de la salle d'opération et de la salle de réveil est formée pour favoriser le contact peau à peau et l'allaitement en salle d'opération et pendant la période de réveil. La main-d'œuvre connaît notamment les pratiques sécuritaires pour les nouveau-nés prématurés ou ceux ayant des conditions cliniques particulières. Les exceptions comprennent les personnes médicalement instables ou sous anesthésie générale, lors desquelles l'autre parent ou une autre personne peut faire le contact peau à peau.

4.1.59 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en matière de gestion de la glycémie chez le nouveau-né.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle est fondée sur les données probantes ainsi que sur les connaissances les plus récentes. Elle peut tenir compte de données comme le poids du nouveau-né, son âge gestationnel, s'il est considéré comme prématuré ou s'il a eu besoin de soins en post-réanimation, ainsi que les cas où le parent biologique est diabétique.

4.1.60 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en matière de gestion de l'hyperbilirubinémie chez le nouveau-né.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle est fondée sur les données probantes ainsi que sur les connaissances les plus récentes. Elle peut tenir compte de données comme la présence d'une jaunisse, d'ecchymoses, ou d'un céphalématome chez le nouveau-né, s'il présente des signes de déshydratation ou une perte de poids excessive reliés à un apport sous-optimal en présence de difficultés d'allaitement.

4.1.61 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la prévention des infections liées aux cathéters urinaires chez les nouveau-nés.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les nouveau-nés qui ont besoin d'un cathéter urinaire courent le risque de contracter des infections cystiques de la vessie ou rénales. Les stratégies de prévention peuvent comprendre l'installation du sac urinaire sous le niveau de la vessie pour prévenir le refoulement, le vidage régulier du sac et l'évaluation quotidienne de la situation pour déterminer si le cathéter urinaire demeure nécessaire.

Les nouveau-nés qui contractent une infection des voies urinaires devraient faire l'objet d'interventions précoces, conformément aux procédures fondées sur des données probantes.

- 4.1.62 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires chez les nouveau-nés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les stratégies de prévention des infections liées à l'insertion d'un cathéter central comprennent l'hygiène des mains, les précautions stériles maximales, l'utilisation de préparations de chlorhexidine dans l'antiseptie cutanée et la sélection du site de cathéter optimal. Les stratégies proposées pour l'entretien des cathéters centraux incluent la vérification quotidienne de la nécessité de maintenir le cathéter, la voie réservée à la nutrition parentérale, l'accès aux voies de façon aseptique et la vérification du point d'insertion à chaque changement de pansement pour s'assurer de l'absence d'inflammation.

- 4.1.63 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la prévention de la pneumonie acquise sous ventilation assistée (PVA), pour tous les nouveau-nés intubés, sous trachéostomie, ou sous ventilation mécanique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les stratégies de prévention comprennent l'élévation de la tête du lit, l'évaluation quotidienne visant à déterminer si le nouveau-né est prêt pour l'extubation, une



intubation orale plutôt que nasale pour accéder à la trachée ou à l'estomac et l'utilisation de canules trachéales d'aspiration sous-glottique pour le drainage des sécrétions sous-glottiques.

- 4.1.64 L'équipe utilise les mesures de contrôle les moins invasives si le besoin d'y recourir est identifié pendant le continuum de soins et services en néonatalogie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La raison justifiant l'utilisation de mesures de contrôle, soit physique, chimique ou par isolement, est expliquée aux parents et le consentement est obtenu. Le besoin de maintenir le recours aux mesures de contrôle est réévalué régulièrement.

Lors du recours à l'utilisation de mesures de contrôle, il est recommandé de consigner les renseignements suivants au dossier santé du nouveau-né : la raison justifiant l'utilisation de mesures de contrôle, la période pendant laquelle les mesures de contrôle sont utilisés, le recours à des solutions de rechange, la preuve d'une discussion sur l'utilisation des mesures de contrôle avec les parents, ou le mandataire, ainsi que la réaction du nouveau-né face aux mesures de contrôle.

- 4.1.65 L'équipe inclut la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé du nouveau-né.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le contexte où le nouveau-né doit être transféré, l'équipe discute avec les parents et les personnes proches aidantes du plan de soins et services individualisé y compris de leurs objectifs et de leurs préférences; des soins et services offerts; des problèmes cliniques ou autres; de ce à quoi s'attendre durant la transition; des rendez-vous de suivi; des plans d'alimentation, s'il y a lieu; des coordonnées des membres de l'équipe et des détails quant aux situations exigeant un contact avec l'équipe.

Les changements de quart de travail, les transferts, l'accueil dans un établissement ou le départ de celui-ci ou encore le passage à un autre prestataire de soins et services de la communauté, ainsi que la fin des soins et services sont des exemples de points de transition.



Les discussions avec les parents et les personnes proches aidantes, au sujet de la transition, les aident à mieux comprendre le processus et leur donnent l'occasion de poser des questions afin de mieux les préparer et d'améliorer la continuité des soins et services. Elles permettent aussi de s'assurer que tous les renseignements sont précis et complets, et que les volontés des parents et des personnes proches aidantes sont respectées.

Le plan de soins et services individualisé du nouveau-né doit être élaboré avec les parents et être personnalisé pour atteindre leur objectif en matière de nutrition et de gestion de la douleur du nouveau-né, et aborder les habitudes et pratique de sommeil, la fréquence des bains, entre autres. Pour les nouveau-nés allaités à la poitrine, le plan inclut des informations quant à l'endroit où s'adresser et la personne à contacter en cas de problèmes. Si le nouveau-né reçoit des substituts au lait maternel tels une préparation commerciale pour nourrisson au moment du congé, le plan de soins et services individualisé doit inclure des stratégies pour réduire les préparations commerciales pour nourrissons si possible.

Les parents sont informés des endroits où ils peuvent obtenir un soutien dans la communauté, tel un soutien à l'allaitement, à la sécurité alimentaire et au logement et sont dirigés vers des services sociaux.

4.1.66 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour l'initiation des soins et services palliatifs et de fin de vie en néonatalogie.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les soins et services sont initiés par l'équipe, les parents ou les personnes proches aidantes et tiennent compte de l'évaluation des résultats. La participation aux soins et services palliatifs et de fin de vie différera selon les soins et services que l'équipe dispense et selon les nouveau-nés et les parents desservis. Si l'équipe ne dispense pas de soins palliatifs et de fin de vie, les nouveau-nés et les parents sont acheminés vers les soins et services appropriés.

4.1.67 Les équipes offrent du soutien aux parents du nouveau-né lors d'un décès néonatal.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Les parents, les personnes proches aidantes, les membres de l'équipe, les autres membres de la main-d'œuvre et les bénévoles sont soutenus de façon adaptée à la situation pendant leur séjour en milieu de naissance, d'unité de soins en néonatalogie, ou d'unité de soins critiques et sont ensuite référés vers les ressources externes pertinentes.

Les personnes proches aidantes peuvent également nécessiter un accès aux services sociaux, à un soutien spirituel ou à d'autres ressources.

4.1.68 L'équipe est informée des recommandations émises à la suite de l'étude des causes de décès néonataux.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le comité interdisciplinaire peut assurer l'accès à la pathologie néonatale.

Les causes d'un décès néonatal ne sont pas toujours claires ou connues. Dans de tels cas, la réalisation d'une étude post-mortem permet d'éliminer certaines causes possibles ainsi que de déterminer l'influence potentielle de facteurs de risques comme la présence d'une infection, d'une maladie ou d'une condition chronique, d'une grossesse prolongée, de l'utilisation de tabac, d'alcool, ou de drogues durant la grossesse, ou encore d'un traumatisme chez le nouveau-né ou les parents.

La détermination de la ou les causes d'un décès néonatal permet d'offrir un meilleur soutien aux parents et aux personnes proches aidantes. Notamment, cela permet de prendre en compte les facteurs de risque les plus probants pour ce parent afin de déterminer ses besoins et de dresser un plan de soins et services individualisé dans l'éventualité où cette personne fait l'expérience d'une nouvelle grossesse. De plus, ces informations permettent d'offrir de façon plus efficace un soutien émotionnel et psychosocial ainsi qu'un accompagnement au deuil.

4.1.69 L'équipe planifie le congé du nouveau-né selon l'évaluation de ses besoins.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les critères de congé sont alignés sur les meilleures pratiques et traitent du bien-être physique, psychologique et social du nouveau-né, des parents et des personnes proches aidantes. Il s'agit notamment d'éviter la séparation de la dyade au moment du congé et d'évaluer l'état post-partum et le bien-être général du nouveau-né, ce qui peut comprendre l'évaluation de la jaunisse, des signes vitaux, de l'alimentation, le repérage métabolique, le repérage des malformations cardiaques congénitales critiques et des interventions du Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés.

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 épreuves diagnostiques, l'orientation du nouveau-né vers un établissement ou un partenaire, et la création d'un calendrier pour communiquer avec les parents ou leur rappeler un rendez-vous. Cela comprend aussi les responsabilités des parents et des personnes proches aidantes, comme assurer un suivi avec les autres prestataires de soins et services tels que ceux en soins primaires ou en centre de santé communautaire, signaler une aggravation ou un changement des symptômes et administrer les médicaments selon les ordonnances.

4.1.70 L'équipe évalue la capacité physique et psychosociale des parents à gérer eux-mêmes la santé du nouveau-né en préparation à une transition de soins.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible dans le cadre du processus de soins et services. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour le nouveau-né sont déterminés. Certains facteurs exercent une influence sur la capacité des parents à gérer eux-mêmes la santé du nouveau-né, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins et services communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisation.

Les parents sont responsabilisés de façon qu'ils puissent gérer eux-mêmes l'état de santé du nouveau-né au moyen d'enseignement, d'outils et de ressources. L'enseignement qui favorise la responsabilisation et aide les parents à gérer eux-mêmes les complications ou les conditions médicales de leur nouveau-né 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'alimentation, les



techniques de gestion des symptômes, les facteurs de risque, la fatigue et le 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.

- 4.1.71 L'équipe informe les parents des soins et services au nouveau-né, de la prévention du bébé secoué et des pratiques de sommeil sécuritaires, et ce, avant le congé.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les pratiques de sommeil sécuritaires pour le nouveau-né comprennent, entre autres, la réduction des risques liés au partage du lit, les techniques d'habillement, et le positionnement adéquat dans le lit.

- 4.1.72 L'équipe accompagne le nouveau-né et les parents vers les ressources et suivis appropriés selon l'évaluation de leurs besoins pendant le congé.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe collabore avec les programme-services, entre autres Jeunesse, Soins et services généraux, Santé mentale et Santé publique 0 à 5 ans, afin d'orienter adéquatement le nouveau-né et les parents pour qu'ils reçoivent les soins et services les plus appropriés, dans le contexte le plus approprié, tout en prévenant les transferts inutiles et les solutions temporaires. La continuité des soins et services doit être assurée.

La responsabilité en lien avec les soins et les services se poursuit jusqu'au moment où le soin ou service a pris fin ou lorsque le nouveau-né a été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre établissement ou partenaire.

Les soins et services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu communautaire, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins et services continus. Il est important d'assurer que les personnes qui allaitent disposent de ressources de soutien à l'amorce et à la poursuite de l'allaitement. L'équipe doit aussi effectuer un repérage pour la présence de



traumatismes émotionnels causés ou déclenchés par l'expérience de l'accouchement et offrir de l'information et des références en lien avec la santé mentale.

4.2 Pratiques transversales

4.2.1 Les équipes s'assurent que l'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les autres options aux soins et services de télésanté pourraient comprendre la visite en personne ou la consultation téléphonique avec un membre de la main-d'œuvre. Les usagers devraient s'attendre à recevoir la même qualité de soins et services, peu importe leur forme.

4.2.2 Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents sont disponibles sur au point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées. La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :

- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;



- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;
- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle.

4.2.3 Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Par exemple, l'établissement peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.

4.2.4 Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation



appropriée de l'équipement de protection individuelle ainsi que sur l'importance et la pertinence de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoire. L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les publics cibles. Le style de présentation est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension.

Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres et les écrans dans les salles d'attente.

- 4.2.5 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique portent sur les moyens de détecter une éclosion, de déterminer sa cause (y compris si elle provient d'aliments contaminés), de recueillir des données ou des échantillons pour trouver d'autres cas, ainsi que de contenir une éclosion dès qu'elle est détectée.

- 4.2.6 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe responsables de recueillir et de mettre à jour l'information sur les allergies et les réactions indésirables aux médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur sont spécifiés. Les champs d'information relatifs aux allergies des utilisateurs dans le profil et le type de réaction, la gravité et la date à laquelle l'allergie a été identifiée sont consignés.

- 4.2.7 Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Il faut consulter le profil de l'utilisateur pour vérifier toutes les « bonnes » conditions de l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.

4.2.8 Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux ou à l'efficacité clinique. Les informations pertinentes sont consignées au dossier santé de l'utilisateur. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



Chapitre 5: Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)

Contexte

Ce chapitre porte sur l'évaluation des soins et services ambulatoires destinés aux jeunes. Dans ce contexte, « jeune » fait référence à toute personne âgée de 18 ans ou moins. Les critères visent à garantir la qualité et la sécurité des soins et services, en tenant compte des particularités physiologiques, psychologiques et sociales des jeunes. L'évaluation de ce chapitre s'aligne avec les orientations ministérielles et les pratiques exemplaires en pédiatrie.

5.1 **Épisodes de soins et services - Soins et services de pédiatrie (usagers inscrits)**

- 5.1.1 En partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 5.1.1.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes.

Conseils

Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.



Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'utilisateur. Voici des exemples d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'utilisateur, l'adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la personne proche aidante), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins et services continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'utilisateur, la reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'utilisateur et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'utilisateur ou la personne proche aidante.

L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les personnes proches aidantes ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

- 5.1.2 L'équipe respecte la volonté du jeune accédant aux soins et services de pédiatrie de mettre fin à ces soins et services, de les limiter, ou d'être transféré vers un autre prestataire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les décisions du jeune concernant les soins et services comprennent son droit en tout temps de les accepter, de les refuser, de les limiter ou d'y mettre fin. L'équipe prend en compte la capacité de décision du jeune, en tenant compte de facteurs comme un statut de garde en établissement, l'âge de la majorité et la capacité cognitive, conformément aux exigences légales. L'équipe suit les procédures organisationnelles, en respect des lois et règlements du territoire de compétence régissant le droit du jeune de refuser ou de limiter les soins et services et dispose d'un processus pour lui communiquer efficacement ce droit.



L'équipe peut utiliser un cadre décisionnel éthique ou fondé sur les valeurs pour soutenir la prise de décision du jeune. Ces cadres orientent l'équipe afin qu'elle puisse soutenir la prise de décision du jeune et traitent de tout préjugé potentiel de l'équipe. Ces cadres peuvent inclure des conseils sur la communication concernant la probabilité des résultats, l'identification des croyances et des valeurs culturelles, et la divulgation des conflits d'intérêts.

L'équipe discute des options de soins et services avec le jeune, l'informant des risques et des bénéfices possibles. L'équipe aide l'utilisateur à prendre une décision éclairée sans influence indue de la part de l'équipe ou d'autres personnes. Si le jeune ou le mandataire décide de refuser ou de limiter les soins et services, l'équipe l'assure que ceux-ci demeurent à sa disposition s'il change d'avis.

La prise de décisions partagée au sujet d'un transfert se fait en consultation avec le jeune ou son mandataire, et tient compte de la capacité de celui-ci de prendre des décisions. Les risques, de même que la disponibilité potentielle liés au transfert, ainsi que les autres services communautaires accessibles après le transfert sont examinés avec le jeune, sa famille et ses personnes proches aidantes.

5.1.3 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer les droits et les responsabilités des jeunes et de leur famille en lien avec la prestation des soins et services de pédiatrie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les droits des jeunes, de leur famille et des personnes proches aidantes comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment leur information personnelle sera utilisée, le droit d'avoir accès à leur dossier santé 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 responsabilités des jeunes, de leur famille ou des personnes proches aidantes 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 soins et 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 au jeune, à sa famille ou aux personnes proches aidantes, celle-ci est offerte par la suite dans les meilleurs délais.

5.1.4 L'équipe entretient des relations respectueuses avec les jeunes accédant aux soins et services de pédiatrie, leur famille et les personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les jeunes, leur famille et les personnes proches aidantes en :

- en se présentant et en expliquant leur rôle;
- en demandant la permission avant de prodiguer des soins et services et en expliquant les raisons;
- en utilisant un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations, ou en rassurant les jeunes, leur famille et les personnes proches aidantes, le cas échéant;
- en favorisant les conversations ouvertes et transparentes avec les jeunes, leur famille et les personnes proches aidantes pour soutenir une approche de soins centrés sur la personne;
- en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses, leur style de vie ou leur identité de genre en tout temps;
- en assurant une écoute active et une prise en compte de toute question ou toute rétroaction;
- en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.

5.1.5 L'équipe détermine la capacité de chaque jeune à participer activement à ses soins et services, en collaboration avec sa famille et sa ou ses personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La capacité de participer à ses propres soins et services diffère pour chaque jeune. À chaque étape du continuum des soins et services le membre approprié de l'équipe travaille avec le jeune, sa famille, sa ou ses personnes proches aidantes, ou avec le



mandataire pour déterminer la quantité et le type d'information nécessaire dont le jeune, sa famille et sa ou ses personnes proches aidantes ont besoin pour participer de façon significative. Cette information est également consignée dans le dossier santé du jeune.

5.1.6 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité des jeunes à donner leur consentement éclairé, à accepter un soin ou service ou à le refuser.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de la capacité à donner son consentement se fait de façon continue par le clinicien le plus responsable, conformément à la procédure organisationnelle.

Dans le cadre de la prise de décisions, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre les renseignements pertinents, 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 jeunes qui donnent leur consentement ou le mandataire qui le donne en leur nom sont invités à répéter ce à quoi ils consentent. Les lois sont respectées en ce qui concerne l'obtention du consentement auprès des jeunes.

Les familles ou les personnes proches aidantes jugés inaptes à donner leur consentement sont associées dans toute la mesure du possible aux décisions qui concernent les soins et services reçus par les jeunes, selon leur droit d'être informés.

5.1.7 L'équipe consigne le consentement éclairé du jeune sur une base continue tout au long du continuum de soins et services offerts.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le processus conduisant au consentement éclairé comprend les actions suivantes :

- examiner les renseignements sur les soins et services avec les jeunes ou le mandataire;
- informer ceux-ci des possibilités, des solutions de rechange, des conséquences possibles si le soin ou service n'est pas effectué, et leur laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de demander un consentement;



- respecter les droits, la culture et les valeurs des jeunes et du mandataire, y compris le droit de refuser de donner son consentement à tout moment;
- consigner la décision dans le dossier santé du jeune, qu'elle ait été obtenue de façon verbale ou écrite.

Le processus de consentement est itératif et continu, avant chaque intervention ou procédure, aux points de transition et au moment du congé ou d'un transfert.

Toute situation présentant un risque immédiat de préjudice grave pour la vie ou l'intégrité du jeune est considérée comme une urgence. Dans un cas d'urgence où le consentement du mandataire ne peut être obtenu en temps opportun, l'équipe peut agir sans ce consentement, mais ne peut prodiguer que les soins et services essentiels pour stabiliser le jeune.

Le consentement implicite intervient lors de la prestation de soins et services pour lesquels un consentement écrit n'est pas nécessaire, par exemple, lorsque les jeunes se présentent pour un rendez-vous, ou encore lorsqu'un jeune se présente avec un ou plusieurs problèmes de santé potentiellement mortels ou très urgents et qui nécessitent une réanimation immédiate. Même dans ces cas de consentement implicite, l'équipe explique ce qui se passe.

5.1.8 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où le jeune est jugé inapte.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe et les gestionnaires coopèrent lorsque le consentement éclairé pose un problème afin de suivre la procédure conformément aux lois applicables.

Le mandataire est consulté lorsque le jeune n'est pas en mesure de prendre des décisions lui-même.

Une directive préalable est utilisée, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits du jeune. Dans ce cas, le mandataire 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 options qui s'offrent à lui. Le mandataire peut être désigné selon la loi applicable ou peut être un représentant choisi par ceux-ci.



Si le consentement est donné par un mandataire, son nom, son lien avec le jeune et la famille ainsi que la décision prise sont consignés dans le dossier santé du jeune.

5.1.9 L'équipe encourage les jeunes et leur famille à prendre une part active dans leurs soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Encourager les jeunes et leur famille à participer activement aux soins et services auxquels ils accèdent est essentiel pour respecter leurs préférences et favoriser une prise de décision partagée avec les prestataires de soins et services. Ainsi, les décisions prises correspondent aux besoins du jeune et à ses objectifs de soins et services.

L'équipe encourage les questions et les commentaires à toutes étapes du processus de décision. Les discussions prennent en compte les besoins spécifiques du jeune, y compris ses craintes, son projet de vie, sa situation familiale, et son expérience passée avec des traitements ou interventions similaires.

Les prestataires de soins et services présentent toutes les données probantes pertinentes à la décision et veillent à ce qu'elles soient comprises par le jeune et sa famille. Lorsqu'une décision a été prise, l'équipe assure que le jeune et sa famille sont à l'aise avec celle-ci. Pour ce faire, l'équipe peut confirmer avec le jeune s'il a pu cibler les éléments importants pour sa prise de décision, s'il a reçu toutes les informations nécessaires, s'il a reçu suffisamment de conseils et de soutien pour comprendre les enjeux de la décision et s'il a le sentiment que la décision prise représente le meilleur choix pour lui. Si nécessaire, le processus de décision peut être repris ou la décision peut être reportée pour permettre au jeune de réfléchir davantage et de discuter des options avec sa famille.

5.1.10 L'équipe communique toute information aux jeunes et leur famille de manière claire et opportune afin de permettre leur pleine participation aux soins et services offerts.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle à un choix éclairé et à une prise de décisions partagée entre les jeunes, leur famille ou le mandataire et l'équipe. Les renseignements sont transmis selon les besoins et intérêts des jeunes et de leur famille ainsi qu'en fonction de leurs niveaux de compréhension, leurs niveaux d'alphabétisation, de leur langue et de leur culture. La communication des résultats des évaluations, lorsque nécessaire, améliore la clarté et évite la répétition.

Les jeunes et leur famille sont mis au courant des risques et bienfaits des soins et services, de leurs rôles et responsabilités dans la prestation des soins et services, ainsi que des avantages, des limites et des résultats possibles des interventions proposées, de la façon de s'y préparer, 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.

Les processus utilisés pour vérifier la compréhension de l'information sont, entre autres, d'encourager les jeunes et leur famille à poser des questions et d'y accorder du temps, de leur demander de répéter l'information fournie, s'assurer que la communication s'effectue dans la même langue que la leur, tout en respectant leur culture, dans la mesure du possible, utiliser des supports visuels ou des vidéos et d'établir un échange continu pendant lequel l'équipe confirme fréquemment que l'information fournie a été comprise.

- 5.1.11 L'équipe adhère au cadre d'éthique de l'établissement pour traiter de façon proactive les questions d'ordres éthiques survenant lors de la prestation de soins et services de pédiatrie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les questions d'ordres éthiques comprennent les cas où des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être complexes et mettre à risque le pronostic vital du jeune. Ces questions peuvent aussi être liées aux activités quotidiennes. Parmi les exemples, on compte les conflits d'intérêts, le respect du choix d'un jeune accédant aux soins et services et de sa famille de vivre à risque, les demandes de retrait ou de cessation de certains soins ou services. Ces derniers comprennent aussi ceux de maintien en vie et les soins de fin de vie. Un éthicien peut soutenir l'équipe dans les cas où des décisions difficiles doivent être prises.



L'équipe suit un processus d'examen éthique pour déterminer quand il convient de faire participer un jeune dans une activité de recherche, conformément au cadre d'éthique de la recherche en vigueur de l'établissement.

5.1.12 L'équipe communique les possibilités de participation aux projets de recherche en cours aux jeunes et leur famille.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les jeunes et leur famille ont le droit d'être informés des possibilités de participer à des activités de recherche. Ils peuvent contribuer à ces projets soit à titre de participants ou à titre d'experts en la matière agissant comme chercheurs contributeurs ou cochercheurs. Les jeunes, leur famille et les personnes proches aidantes souhaitant participer à des projets de recherche doivent être informés de ces activités et de la manière d'obtenir des informations supplémentaires sur les modalités de participation. Si la recherche fait partie du mandat de l'établissement, les équipes devraient être à l'affût des recherches en cours et offrir aux jeunes et aux personnes proches aidantes la possibilité d'y participer. Les équipes doivent également s'informer des possibilités de formation auprès des responsables de la recherche et des établissements associés sur la recherche orientée vers les jeunes afin d'y participer et de soutenir la participation des jeunes et leur famille.

5.1.13 L'équipe s'assure que les jeunes, leur famille et les personnes proches aidantes connaissent le membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leurs soins et services et comment le joindre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le membre désigné peut être le membre de l'équipe qui est le plus régulièrement en contact avec le jeune, leur famille et les personnes proches aidantes, ou le principal prestataire des soins et services.

5.1.14 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour orienter les transferts vers des soins et services de pédiatrie spécialisés intra- ou inter établissements



pour les jeunes dans les cas où l'équipe est incapable de répondre à leurs besoins anticipés ou réels.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le cas où l'établissement est incapable de répondre aux besoins des jeunes, la raison en est expliquée. L'accès à d'autres soins et services, y compris le transfert, est favorisé. L'établissement dispose d'une procédure organisationnelle ou d'un plan de transfert vers un centre spécialisé qui assure la continuité des soins et services. Les renseignements sont consignés en vue d'être utilisés lors du transfert et dans la planification des soins et services.

5.1.15 L'équipe s'assure que les jeunes, leur famille et les personnes proches aidantes ont accès à des services psychosociaux et de soutien.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le soutien émotionnel et le counseling peuvent aider les jeunes, leur famille et les personnes proches aidantes à composer avec les besoins et les problèmes en matière de santé. Le soutien peut viser à aider ceux-ci à faire face à 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.

5.1.16 L'équipe évalue les besoins du jeune, de sa famille et des personnes proches aidantes selon une approche holistique, tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent :

- les antécédents médicaux;
- les allergies;
- le profil pharmaceutique;
- l'état de santé;



- les besoins en matière de soins palliatifs;
- les préférences 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 la capacité et la 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 socioéconomique;
- les croyances et les besoins d'ordre culturel et spirituel.

5.1.17 L'équipe effectue une évaluation nutritionnelle complète du jeune accédant aux soins et services de pédiatrie si cela est indiqué du point de vue clinique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les critères justifiant la réalisation d'une évaluation nutritionnelle complète varient selon les caractéristiques du jeune et son état clinique. Cette évaluation peut être nécessaire en fonction de l'état de santé du jeune ou en cas de problèmes fonctionnels pendant les repas, tels que les troubles gastro-intestinaux, le diabète ou les difficultés de déglutition. D'autres signes qui peuvent indiquer la nécessité d'une évaluation nutritionnelle incluent la perte de poids et des signes de malnutrition, tels que le manque d'énergie, la faiblesse, la fatigue, l'irritabilité, ainsi que la fragilité des cheveux et des ongles. Ces critères peuvent varier en fonction de l'âge, que ce soit un nourrisson, un enfant, un jeune ou un adulte.

L'évaluation nutritionnelle est adaptée à l'âge et à l'état du jeune. Si ce service n'est pas disponible dans l'établissement, l'équipe obtient de l'assistance nécessaire auprès de ses partenaires, en accédant aux ressources présentes dans la communauté ou en ayant recours à la télésanté.

Comme les besoins nutritionnels d'un jeune peuvent varier au cours des soins et services, l'évaluation nutritionnelle est revue et modifiée au besoin.

5.1.18 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour soutenir la gestion de la douleur du jeune accédant aux soins et services de pédiatrie.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés pour établir l'intensité, les caractéristiques, l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que ses impacts sur les activités habituelles des jeunes. L'impact des traumatismes sur l'expérience de la douleur et sur le bien-être psychologique est reconnu. La réponse aux demandes de prise en charge de la douleur est rapide.

Les stratégies de gestion de la douleur pour le jeune peuvent comprendre des interventions physiques, comportementales et psychologiques, comme des mouvements, des massages, un positionnement du corps particulier et des soins individuels, ou l'emploi d'analgésiques, y compris des opioïdes, au besoin. La norme CAN/HSO 13200:2023 *Gestion de la douleur pédiatrique* constitue une ressource complète pour guider ces pratiques.

- 5.1.19 L'équipe évalue l'état de santé du jeune de façon continue, tout au long du continuum de soins et services de pédiatrie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le fait de ne pas signaler un changement dans l'état du jeune 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 du jeune est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe. Le plan de soins et services individualisé du jeune est ajusté en conséquence afin d'assurer l'atteinte des objectifs de traitement.

- 5.1.20 L'équipe suit les procédures organisationnelles sur l'utilisation de la mesure de contrôle la moins restrictive.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Différents types de mesures de contrôle peuvent être utilisés pour maîtriser les réactions physiques ou le comportement d'un jeune, afin d'éviter qu'il ne se fasse du mal à lui-même ou aux autres. Il peut s'agir de mesures physiques, chimiques ou environnementales. L'utilisation de mesures de contrôle, y compris l'isolement, peut avoir



des effets négatifs importants sur le bien-être physique, mental et émotionnel du jeune et de la main-d'œuvre. L'utilisation d'une approche de mesures de contrôle la moins restrictive équivaut à fournir des soins et services sécuritaires, compétents et éthiques qui respectent les droits, la dignité et l'autonomie du jeune.

Les procédures organisationnelles doivent permettre d'assurer que toute forme de mesure de contrôle, y compris l'isolement, n'est utilisée que dans des situations urgentes où il existe un risque imminent pour la sécurité du jeune, de la main-d'œuvre ou d'autres personnes. Les procédures doivent inclure des exigences pour des réévaluations opportunes et des conseils sur la poursuite ou l'arrêt de l'utilisation, ainsi que la documentation requise en fonction du type de mesure de contrôle utilisé. Les mesures de contrôle, y compris l'isolement, ne doivent pas être utilisées à titre d'apprentissage d'un comportement acceptable pour ce jeune, à titre de punition, ou de commodité de l'équipe.

L'équipe recueille des informations sur toute utilisation de mesures de contrôle, y compris les interventions tentées, le type de mesure de contrôle utilisé, la fréquence d'utilisation et le retrait de la mesure. L'équipe documente toutes les informations requises dans le dossier santé du jeune.

L'approche d'utilisation de la mesure de contrôle la moins restrictive permet de s'assurer que les droits du jeune ne sont pas enfreints, comme le prévoit la loi et les règlements applicables.

5.1.21 L'équipe a accès à des activités d'apprentissage continues sur les approches fondées sur des données probantes pour l'utilisation de la mesure de contrôle la moins restrictive.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation:

Sur place

Conseils

L'utilisation de mesures de contrôle, y compris l'isolement, peut avoir des effets négatifs importants sur le bien-être physique, mental et émotionnel des jeunes, de leur famille, des personnes proches aidantes et de l'équipe. L'utilisation d'une approche de mesure de contrôle la moins restrictive favorise des soins et services sécuritaires, compétents et éthiques qui respectent les droits, la dignité et l'autonomie des jeunes, de leur famille et des personnes proches aidantes.

Les membres de l'équipe ont accès à des activités d'apprentissage continues qui soutiennent l'utilisation d'une approche de mesure de contrôle la moins restrictive,



intègrent une approche adaptée aux traumatismes et favorisent une culture sécuritaire et juste. Ces activités comprennent des informations sur les différents types de contentions, sur la façon et le moment de les utiliser, et sur les risques associés.

5.1.22

L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

5.1.22.1 L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Conseils

Un environnement physique intérieur et extérieur sécuritaire, libre d'obstacles, est essentiel afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Les procédures organisationnelles sont à jour, fondées sur des données probantes et sont conformes aux exigences des autorités compétentes. Les procédures identifient les actions qui doivent être effectuées afin d'offrir un environnement physique sécuritaire, notamment celles :

- De maintenir les planchers propres et secs et de nettoyer rapidement les liquides répandus;
- D'offrir des aides à la mobilité et des meubles adaptés selon la population desservie;
- De veiller à ce que les éléments structurels qui améliorent la sécurité et l'accessibilité soient en place et en bon état de fonctionnement, comme les rampes, les mains courantes, les barres d'appui, les revêtements de sol antidérapants et un éclairage adéquat;
- De réduire au minimum l'encombrement et le désordre;
- D'effectuer des vérifications de sécurité régulières des milieux de soins, et des espaces publics comme les aires de restauration, les entrées et les aires de stationnement.

En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur est encouragé à poser des questions, à faire part de ses préoccupations et à participer aux conversations sur la sécurité de l'environnement physique.



5.1.22.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de chutes et de blessures qui en découlent.

Conseils

Le repérage est une pratique succincte, fondée sur des données probantes, qui permet d'identifier de manière proactive les besoins et les risques de santé d'un usager susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie.

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de chutes de l'usager et de prévenir les blessures qui en découlent. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer les risques de chutes et de blessures qui en découlent auprès de tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé de l'usager et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

5.1.22.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque de chutes ou de blessures qui en découlent.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque de chutes ou de blessures qui en découlent, une évaluation complète est effectuée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'usager peut être



orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée à l'aide d'outils d'aide à la décision. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. Les outils peuvent inclure des méthodes d'évaluation de la marche, de l'équilibre, de l'humeur, de la vision, de la cognition, de la prise des médicaments, de la comorbidité, des antécédents de chutes, de la gestion des activités de la vie quotidienne et de l'utilisation d'appareils suppléants et de technologie d'appui.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 5.1.22.4 L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- L'organisation de l'environnement physique de l'utilisateur afin de réduire au minimum l'encombrement et de placer les objets nécessaires à portée de main;
- L'enseignement de techniques d'autogestion de l'utilisateur pour se protéger contre les chutes, comme l'amélioration de sa force musculaire et de son équilibre et lui apprendre à bien tomber sans se faire mal;
- La revue de la pertinence des médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils suppléants pour améliorer la sécurité et la mobilité de l'utilisateur.

Les interventions sélectionnées respectent la procédure organisationnelle sur l'utilisation de mesures de contrôle.



L'information recueillie au cours de l'évaluation est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Elle est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 5.1.22.5 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager. Les chutes et les blessures qui en découlent qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents.

La procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 5.1.22.6 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en



œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- Les stratégies préventives qui interpellent l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire, comme le partage de l'état de mobilité de l'utilisateur sur son tableau de communication;
- Les stratégies qui permettent aux membres de l'équipe de réduire les risques de chutes et de blessures lorsqu'ils offrent un soutien aux usagers;
- Ce qu'il faut faire lorsqu'une chute ou une blessure qui en découle se produit dans le milieu de soins, ou dans un espace public, y compris la déclaration d'un incident ou accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 5.1.22.7 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention des chutes et à réduire les blessures qui en découlent



dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés aux chutes et aux blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

5.1.23 L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR



Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 5.1.23.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

Le repérage est une pratique succincte, fondée sur des données probantes, qui permet d'identifier de manière proactive les besoins et les risques de santé d'un usager susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie.

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer les risques d'atteinte à l'intégrité de la peau d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de procéder à un repérage de l'intégrité de la peau de tous les usagers. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 5.1.23.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, une évaluation complète est réalisée afin de déterminer les interventions requises.



L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée avec des outils d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes qui reflètent les soins et services prodigués, le milieu de soins, et les populations desservies.

Les outils d'évaluation sélectionnés peuvent inclure des méthodes permettant d'évaluer notamment :

- La couleur de la peau, son humidité, sa température, sa texture, son élasticité et la présence de lésions ou de déchirures;
- La perception sensorielle de l'utilisateur, son activité physique, sa mobilité et son exposition à la friction, au cisaillement, à l'humidité et aux facteurs de risques environnementaux;
- La capacité de l'utilisateur à gérer sa propre intégrité cutanée, y compris le maintien d'une bonne hygiène, d'une saine alimentation et d'un bon apport hydrique;
- Les risques associés aux comorbidités, comme le diabète, ou les risques associés aux interventions planifiées, comme la chirurgie ou les thérapies anticancéreuses.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

5.1.23.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :



- La mise en œuvre de stratégies visant à optimiser l'intégrité de la peau, comme la mobilité, l'hydratation, la nutrition et l'utilisation de crèmes protectrices;
- La réalisation des réévaluations;
- La revue des médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité de la peau;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils comme des lève-personnes, des coussins ou matelas à réduction de pression.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

5.1.23.4 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager.

Il est question d'atteinte nosocomiale à l'intégrité de la peau lorsqu'une déchirure cutanée, une infection, une pression ou une autre lésion cutanée est causée par une intervention de soins, ou une variation involontaire de la qualité des soins et services.

La procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incident et accident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de



l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

5.1.23.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les préjudices et optimiser l'intégrité de la peau. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance d'optimiser l'intégrité de la peau;
- L'identification des risques évitables et non évitables pour l'intégrité de la peau;
- L'importance d'évaluer les surfaces et les dispositifs qui sont en contact avec la peau;
- L'importance d'évaluer les dispositifs qui pénètrent la barrière cutanée, comme les perfusions intraveineuses;
- La déclaration des atteintes nosocomiales à l'intégrité de la peau à titre d'incident et accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.



L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

5.1.23.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement afin d'optimiser l'intégrité de la peau.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les blessures et à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à l'atteinte de l'intégrité de la peau dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière d'optimisation de l'intégrité de la peau.



Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

5.1.24 L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

5.1.24.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.

Conseils

Le repérage est une pratique succincte, fondée sur des données probantes, qui permet d'identifier de manière proactive les besoins et les risques de santé d'un usager susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie.

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de thromboembolie veineuse d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme celui où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Les outils de repérage sélectionnés identifient les facteurs de risque de thromboembolie veineuse, tels que les antécédents de thromboembolie veineuse, la mobilité réduite, l'âge avancé, les problèmes de santé et toutes formes d'intervention y compris les procédures chirurgicales.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer le risque de thromboembolie veineuse chez tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.



Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 5.1.24.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour l'utilisation des outils d'aide à la décision clinique afin de déterminer les interventions requises pour un usager dont le repérage du risque de thromboembolie veineuse est positif.

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique fournissent à l'équipe, y compris l'utilisateur, des informations fondées sur des données probantes pour faciliter la prise de décision. Les outils d'aide à la décision clinique peuvent être intégrés au sein d'ordonnances préétablies.

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque de thromboembolie veineuse, des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés afin de déterminer les interventions requises. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

Les informations recueillies grâce aux outils d'aide à la décision clinique sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 5.1.24.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse s'appuient sur les outils d'aide à la décision clinique et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :



- Des stratégies quotidiennes comme l'hydratation, la mobilisation, le positionnement et le port de vêtements amples;
- Des stratégies à plus long terme comme le maintien d'un poids santé et l'évitement d'un mode de vie sédentaire;
- Une thromboprophylaxie pharmacologique;
- Une thromboprophylaxie mécanique, comme l'utilisation d'un dispositif pneumatique intermittent.

Le moment de l'initiation, la durée et les exigences de vigie des interventions thromboprophylactiques sont précisés et adaptés aux caractéristiques de l'utilisateur. Les caractéristiques de l'utilisateur peuvent comprendre le risque de saignement, le poids, les fonctions physiologiques et les facteurs de risque comme les chutes et l'intégrité de la peau.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 5.1.24.4 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident survenu lors de la prestation des soins et services.

Conseils

Il est question de thromboembolie veineuse nosocomiale lorsqu'un caillot de sang dans une veine ou dans les poumons est causé par une intervention de soins.

La procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un



usager. Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

5.1.24.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention de la thromboembolie veineuse.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir la thromboembolie veineuse. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention de la thromboembolie veineuse;
- Les orientations actuelles sur l'identification du risque de thromboembolie veineuse chez les usagers et les stratégies préventives appropriées, y compris les interventions pharmacologiques et mécaniques;
- La déclaration des incidents thromboemboliques veineux nosocomiaux comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.



L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose d'un temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

5.1.24.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention de la thromboembolie veineuse dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- L'analyse des causes profondes des incidents liés à la thromboembolie veineuse dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant la prévention de la thromboembolie veineuse;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention de la thromboembolie veineuse.



Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

5.1.25 L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

5.1.25.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.

Conseils

Le meilleur schéma thérapeutique possible est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. Les transitions de soins ont lieu lorsqu'un usager passe d'un milieu de soins à un autre.

La procédure organisationnelle définit la manière d'obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des transitions de soins, en incluant au moins les éléments suivants :

- Des entretiens virtuels ou en personne avec l'utilisateur, ou la personne responsable de la gestion des médicaments de cet usager. Ces discussions sont menées de manière à encourager la transmission complète des renseignements concernant la prise de médicaments, y compris les médicaments sur ordonnance, les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tous les remèdes traditionnels ou complémentaires;
- La vérification de la liste des médicaments obtenue de l'utilisateur auprès d'au moins une autre source d'information fiable. Les sources d'information peuvent provenir du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire, du dossier santé de l'utilisateur, de la liste des médicaments au congé de l'hôpital ou de la feuille d'administration des médicaments.

La procédure organisationnelle est à jour et fondée sur des données probantes. La procédure identifie les transitions de soins au cours



desquelles le meilleur schéma thérapeutique possible de l'usager doit être réalisé. À titre d'exemples, il peut s'agir de la transition d'un usager vers ou depuis un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, un milieu de soins et services ambulatoires comme une clinique d'oncologie, ou un milieu de soins et services primaires où les médicaments sont gérés.

Le meilleur schéma thérapeutique possible est consigné dans le dossier santé de l'usager. L'information est communiquée à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

5.1.25.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.

Conseils

Les divergences entre les médicaments non résolues, qu'elles soient intentionnelles ou non, peuvent entraîner des erreurs de médication et causer un préjudice à l'usager, occasionner des rencontres cliniques non planifiées et des coûts connexes pour le système de santé. Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une prescription inappropriée et à la duplication des médicaments ayant une action thérapeutique.

Les divergences entre les médicaments sont identifiées et documentées par un membre au sein de l'équipe ayant les compétences pour le faire. Le meilleur schéma thérapeutique possible est comparé à ce qui a été récemment prescrit ou à ce qu'il est prévu de prescrire.

Les divergences identifiées sont documentées et communiquées au prescripteur de l'ordonnance. Les divergences sont résolues de manière opportune conformément à la procédure organisationnelle.

La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. Toutefois, le risque de divergences entre les médicaments est considérablement réduit lorsque le meilleur schéma thérapeutique possible est établi avant la rédaction d'une ordonnance. L'utilisation de technologies de l'information interopérables contribue à rendre le bilan comparatif des médicaments plus fiable et plus efficace.

Tous changements de médication sont discutés avec l'usager afin de s'assurer qu'ils reflètent ses objectifs et ses préférences de traitement. Ces discussions permettent à l'usager de comprendre quels médicaments



doivent être arrêtés ou modifiés, quelles sont les interactions potentielles avec les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tout remède traditionnel ou complémentaire, et comment se départir des médicaments inutiles.

La liste précise des médicaments est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 5.1.25.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les incidents qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents afin d'éviter les préjudices, réduire les erreurs et atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager.

Les incidents liés au maintien d'une liste précise de médicaments lors des transitions de soins comprennent les cas où le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué, est effectué de façon incorrecte ou n'est pas effectué en temps opportun et aurait pu causer un préjudice ou a causé un préjudice à un usager.

La procédure de déclaration des incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.



5.1.25.4 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins. En tant que membre de l'équipe, l'usager reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les résidents et les fellows participent aux activités d'apprentissage requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage liés aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- Les stratégies pour faire participer activement l'usager dans la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, y compris l'évaluation de la connaissance des médicaments de l'usager;
- La communication des changements de médication lors des transitions de soins;
- La formation sur les outils d'aide à la décision clinique du bilan comparatif des médicaments de l'établissement et sur la technologie interopérable;
- La déclaration des incidents liés au maintien d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.



L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées conformément à la procédure organisationnelle.

- 5.1.25.5 L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles concernant le bilan comparatif des médicaments, y compris l'évaluation de la fiabilité et de l'exactitude des meilleurs schémas thérapeutiques possibles et l'évaluation des taux de résolution des divergences entre les médicaments et de la rapidité d'exécution;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à la tenue à jour d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;



- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur sur l'applicabilité de la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

5.1.26 L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé qui tient compte des besoins et des préférences du jeune, de sa famille et des personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan de soins et services individualisé adopte une approche holistique des soins et répond aux besoins sociaux, physiques, personnels, émotionnels, psychologiques, culturels, spirituels et médicaux du jeune avec sa famille et les personnes proches aidantes. Il fournit une feuille de route des soins et services fondée sur les objectifs, les capacités et les préférences du jeune, sa famille et les personnes proches aidantes.

Le plan est fondé sur les principes d'équité, de diversité et d'inclusion, ainsi que sur une approche et des pratiques axées sur le rétablissement. L'équipe collabore avec le jeune, sa famille et les personnes proches aidantes pour identifier les besoins à combler, établir des objectifs holistiques clairs pour y répondre et passer en revue toutes les options de soins et services disponibles pour atteindre les objectifs définis.

Le plan de soins et services individualisé peut inclure les informations suivantes :

- les objectifs et les résultats attendus;
- les interventions planifiées en fonction des résultats de l'évaluation;
- le type de soins et services nécessaires;
- l'identification claire des rôles et responsabilités des membres de l'équipe au sein et à l'extérieur de l'établissement;



- les détails sur les antécédents de l'utilisateur, les évaluations, les résultats des diagnostics, les allergies et les personnes que l'utilisateur souhaite faire intervenir dans ses soins et services;
- l'endroit où les soins et services seront fournis, le moment où ils commenceront, la fréquence à laquelle ils seront fournis et le moment où ils prendront fin;
- l'évaluation, la transition et le suivi des soins et services.

L'équipe s'assure que le plan est présenté dans un format facilement accessible et compréhensible pour le jeune, sa famille et les personnes proches aidantes. Par exemple, un document imprimé peut ne pas convenir aux personnes non voyantes ou ayant des déficiences visuelles.

Le plan est documenté, partagé avec le jeune, sa famille et les personnes proches aidantes, et disponible pour les membres autorisés de l'équipe.

5.1.27

L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'exams, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication, comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins et services posthospitaliers, la relecture et la reformulation, favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente, les outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisation. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisation. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les personnes proches aidantes de répéter l'information. Les usagers et les personnes proches



aidantes ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

Test(s) de conformité

- 5.1.27.1 L'information qui doit être partagée lors des transitions des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins et services, transfert et congé.
- 5.1.27.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.
- 5.1.27.3 Lors des transitions, les usagers et les personnes proches aidantes reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins et services.
- 5.1.27.4 L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.
- 5.1.27.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
 - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).



5.1.28 L'équipe évalue le niveau physique et psychosocial du jeune, de la famille et des personnes proches aidantes à gérer eux-mêmes la santé du jeune en préparation à une transition de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible dans le cadre du processus de soins et services. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour le jeune sont déterminés. Certains facteurs exercent une influence sur la capacité de la famille ou des personnes proches aidantes à gérer eux-mêmes la santé du jeune, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins et services communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisation.

Les familles et les personnes proches aidantes sont responsabilisées à gérer eux-mêmes l'état de santé du jeune au moyen d'enseignement, d'outils et de ressources. L'enseignement qui favorise l'autonomisation et aide les familles et les personnes proches aidantes à gérer eux-mêmes les complications ou les conditions médicales de leur jeune 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 de groupe de soutien et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre 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.

5.1.29 L'équipe inclut la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé du jeune accédant à des soins et services de pédiatrie.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le contexte où le jeune doit être transféré, l'équipe discute avec lui et avec sa famille et ses personnes proches aidantes du plan de soins et services individualisé y compris :

- ses objectifs et ses préférences;



- des soins et services offerts;
- des problèmes cliniques ou autres;
- de ce à quoi s'attendre durant la transition;
- des rendez-vous de suivi;
- des plans d'exercice et d'alimentation, s'il y a lieu;
- des coordonnées des membres de l'équipe et;
- des détails quant aux situations exigeant un contact avec l'équipe.

Les changements de quart de travail, les transferts, l'accueil dans un établissement ou le départ de celui-ci ou encore le passage à un autre prestataire de soins et services de la communauté, ainsi que la fin des soins et services sont des exemples de moments clés de transition.

Les discussions avec le jeune, sa famille et ses personnes proches aidantes au sujet de la transition les aident à mieux comprendre le processus et leur donnent l'occasion de poser des questions, afin de mieux les préparer et d'améliorer la continuité des soins et services. Elles permettent aussi de s'assurer que tous les renseignements sont précis et complets, et que les volontés du jeune sont respectées.

Les parents sont informés des endroits où ils peuvent obtenir un soutien dans la communauté, tel un soutien à la sécurité alimentaire et au logement et sont dirigés au besoin vers des services sociaux.

5.1.30 L'équipe soutient l'autonomie des jeunes d'âge transitoire pour faciliter leur transition vers les services aux adultes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il importe d'entreprendre la planification de la transition vers des soins aux adultes tôt dans le processus pour s'assurer d'établir les principaux liens à l'avance, et ce, afin de faciliter la transition. Le soutien offert aux jeunes en âge de transition consiste notamment à répondre à leurs besoins psychosociaux, à leur permettre de développer le savoir-faire, les compétences relationnelles et le sens des responsabilités nécessaires à la vie adulte autonome et à faciliter la transition vers les services aux adultes.

5.1.31 L'équipe s'assure de coordonner les soins et services de suivi pertinents en collaboration avec le jeune, sa famille, les personnes proches aidantes ainsi que d'autres équipes, établissements et organismes.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La responsabilité entourant les soins et services se poursuit jusqu'à ce que ceux-ci aient pris fin ou que le jeune ait été transféré à une autre équipe, un autre service, un autre établissement ou un autre organisme.

Les soins et services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins et services à domicile et ceux offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extrahospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins et services continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile au jeune contribue à ce que ce dernier reçoive les soins et services les plus appropriés à l'endroit le plus adéquat, et réduit au minimum les transferts inutiles et les solutions temporaires. Le risque de réadmission du jeune est évalué au moyen d'un outil d'aide à la décision clinique, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.

5.2 Pratiques transversales

5.2.1 Les équipes s'assurent que l'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les autres options aux soins et services de télésanté pourraient comprendre la visite en personne ou la consultation téléphonique avec un membre de la main-d'œuvre. Les usagers devraient s'attendre à recevoir la même qualité de soins et services, peu importe leur forme.

5.2.2 Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents sont disponibles sur au point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées. La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :

- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;
- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle.

5.2.3 Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Par exemple, l'établissement peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.

- 5.2.4 Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle ainsi que sur l'importance et la pertinence de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoire. L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les publics cibles. Le style de présentation est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension.

Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres et les écrans dans les salles d'attente.

- 5.2.5 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique portent sur les moyens de détecter une éclosion, de déterminer sa cause (y compris si elle provient d'aliments contaminés), de recueillir des données ou des échantillons pour trouver d'autres cas, ainsi que de contenir une éclosion dès qu'elle est détectée.



5.2.6 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe responsables de recueillir et de mettre à jour l'information sur les allergies et les réactions indésirables aux médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur sont spécifiés. Les champs d'information relatifs aux allergies des usagers dans le profil et le type de réaction, la gravité et la date à laquelle l'allergie a été identifiée sont consignés.

5.2.7 Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il faut consulter le profil de l'utilisateur pour vérifier toutes les « bonnes » conditions de l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.

5.2.8 Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux ou à l'efficacité clinique. Les informations pertinentes sont consignées au dossier santé de l'utilisateur. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



Chapitre 6: Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)

Contexte

Ce chapitre porte sur l'évaluation des services externes de première et de deuxième ligne, conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS), la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) et la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (LSJPA). Il vise à évaluer les services destinés aux jeunes en difficulté et à leur famille, en y incluant le processus d'intervention en protection de la jeunesse. Les services de soutien et d'accompagnement des familles sont également inclus. Les critères d'évaluation sont alignés avec les orientations et lignes directrices provinciales et les meilleures pratiques en matière de services pour les jeunes en difficulté.

Remarque : Dans la mesure du possible, nous avons privilégié l'utilisation du terme « services » plutôt que du terme « soins et services » pour refléter la portée davantage sociale de ce chapitre. Cependant, pour maintenir une uniformité terminologique dans l'ensemble de nos manuels, nous n'avons pu éviter l'emploi de certains termes médicaux, ceux-ci demeurent donc présents. Nous espérons que cette clarification contribuera à assurer une meilleure compréhension de notre approche axée sur les services dans l'évaluation de ce chapitre. Finalement, dans le cadre de ce chapitre, l'utilisation du terme « jeune » a été privilégiée et englobe les enfants.

6.1 Épisodes de soins et services - Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)

- 6.1.1 L'équipe respecte les lignes directrices visant à repérer le plus rapidement possible les jeunes et leur famille ayant besoin d'accéder aux services pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le repérage rapide des jeunes et de leur famille ayant besoin d'intervention sert de stratégie de prévention de l'abus et de la négligence envers les jeunes. Des programmes



d'intervention rapide et de prévention, offerts par des établissements ou utilisés avec des partenaires communautaires sont disponibles pour favoriser le développement du plein potentiel des jeunes. À défaut de lignes directrices claires, l'équipe utilise son jugement clinique pour repérer efficacement les jeunes et leur famille.

6.1.2

POR

En partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 6.1.2.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes.

Conseils

Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.

Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'utilisateur. Voici des exemples d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'utilisateur, l'adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la personne proche aidante), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins et services continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'utilisateur, la reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'utilisateur et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'utilisateur ou la personne proche aidante.

L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes en expliquant la raison de cette importante



mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les personnes proches aidantes ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

6.1.3 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer les droits et les responsabilités des jeunes et de leur famille en lien avec la prestation des services pour jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les jeunes et leur famille ont de nombreux droits, notamment ceux :

- d'être traités avec respect et compassion;
- d'être à l'abri de la maltraitance, de l'exploitation et de la discrimination;
- de recevoir des services sécuritaires par des personnes compétentes;
- de voir leur vie privée et leur confidentialité protégées;
- d'avoir accès à leur plan de soins et services individualisé et aux informations les concernant, et de comprendre la façon dont ces informations sont utilisées;
- de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à leurs services;
- de participer à tous les aspects de leurs services et de faire des choix personnels;
- de choisir une ou plusieurs personnes proches aidantes ou des défenseurs des droits et de décider de la façon dont ils participent à leurs services;
- de faire appel d'une décision concernant leurs services ou de déposer une plainte;
- de maintenir leurs pratiques culturelles;
- de poursuivre leurs convictions spirituelles.

Les responsabilités des jeunes et de leur famille consistent à traiter les autres avec respect, à fournir des informations exactes, à signaler les risques pour la sécurité et à respecter les politiques et procédures organisationnelles.

L'équipe fournit des informations sur les droits et les responsabilités des jeunes et de leur famille avant le début des services et d'une manière régulière.

L'équipe consigne dans le dossier santé du jeune toutes les informations requises portant sur les droits et les responsabilités qui ont été transmises.



6.1.4 L'équipe entretient des relations respectueuses avec les jeunes et leur famille.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les jeunes et leur famille :

- en se présentant et en expliquant leur rôle;
- en demandant la permission avant de prodiguer des soins et services et en expliquant les raisons;
- en utilisant un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations, ou en rassurant les jeunes et leur famille, le cas échéant;
- en favorisant les conversations ouvertes et transparentes avec les jeunes et leur famille pour soutenir une approche de soins centrés sur la personne;
- en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses, leur style de vie ou leur identité de genre en tout temps;
- en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses, leur style de vie ou leur identité de genre en tout temps;
- en assurant une écoute active et une prise en compte de toute question ou toute rétroaction; et
- en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.

6.1.5 L'équipe assure la reconnaissance et le respect du point de vue des jeunes et de leur famille dans tous les aspects de la prestation de services pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les jeunes peuvent s'exprimer librement de la façon qui leur convient, par exemple verbalement, par écrit, ou à l'aide de divers moyens de communication, et ont la liberté de demander de recevoir et de fournir de l'information et des idées. Leurs préférences sont consignées dans leur dossier santé. Afin de permettre au jeune de s'exprimer librement, il doit être rencontré seul et dans différents milieux de vie.



6.1.6 L'équipe utilise une approche adaptée à la prévention de traumatismes dans l'ensemble de leur relation avec les jeunes et leur famille.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le trauma n'est pas associé de manière systématique à une pathologie ou à un phénomène physique. Il arrive souvent qu'un traumatisme se rapporte au non-respect des demandes et souhaits des jeunes et de leur famille, ainsi qu'à un sentiment de n'avoir pas été respecté en tant que personne à part entière. La valeur et l'intégrité individuelle peuvent en être affectées. De plus, une approche adaptée aux traumatismes prend en compte les expériences ultérieures négatives que les jeunes et leur famille ont pu vivre. Cela est particulièrement probant lorsque les jeunes et leur famille font partie d'une ou de plusieurs communautés marginalisées et racialisées. L'adoption d'une telle approche envers les services permet de diminuer le risque de traumatismes additionnels.

L'accueil et l'évaluation sont effectués dans un environnement sécuritaire rassurant qui promeut le calme. Les méthodes d'évaluation les moins dérangeantes sont utilisées pour obtenir les résultats nécessaires.

6.1.7 L'équipe évalue les besoins du jeune, de sa famille et des personnes proches aidantes selon une approche holistique, tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ce processus peut être nommé processus d'accueil, d'évaluation ou de début des services. L'information est validée et revue. Elle est utilisée pour déterminer si les services offerts par l'établissement répondent aux besoins et aux préférences des jeunes et de leur famille, pour cerner les besoins immédiats des jeunes et de leurs familles et pour établir les priorités quant à ces services.

Le processus d'accueil est adapté, au besoin, pour tenir compte de la langue, de la culture, de la scolarité, de l'identité de genre, du style de vie et d'une déficience physique ou intellectuelle, s'il y a lieu.

L'évaluation des besoins peut être répétée de façon périodique et selon une approche holistique tout au long du continuum des services offerts aux jeunes en difficulté et à leur



famille, afin d'adapter ces services et de déterminer si de nouveaux services doivent être initiés.

Les besoins sont identifiés et consignés dans le dossier santé. Les besoins peuvent être informés par :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et d'autres personnes proches aidantes;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que par 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.

6.1.8 L'équipe définit, en collaboration avec les jeunes et leur famille, les objectifs et les résultats attendus des services pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences du jeune, tels que définis dans leur évaluation, sont utilisés pour élaborer les objectifs des services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières du jeune, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres établissements qui offrent des services aux jeunes.

6.1.9 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour permettre aux jeunes d'indiquer leurs préférences quant au niveau d'implication souhaité de leur famille dans la prestation des services pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Dans le cadre de ses services, le jeune peut choisir de recevoir une aide de la part des membres de sa famille. La ou les personnes ainsi désignées peuvent jouer un rôle essentiel dans les services du jeune et font partie de l'équipe selon les souhaits de celui-ci.

Le jeune définit la façon dont il souhaite que sa famille participe à ses services. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé du jeune.

Faire participer le jeune à la prise de décision éclairée est un processus continu. L'équipe discute avec le jeune à propos des personnes qui participeront à ses services de manière à lui permettre de révéler en toute sécurité et en toute confidentialité l'identité d'une personne qui a un rôle à jouer dans sa détresse.

Si un mandataire du jeune participe à la prise de décisions, les lois en vigueur sont respectées. Il existe un processus pour régler les conflits entre le jeune et sa famille concernant le niveau souhaité de participation.

6.1.10 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité des jeunes à donner leur consentement éclairé, à accepter un soin ou service offert, ou à le refuser.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de la capacité à donner son consentement se fait de façon continue par le prestataire le plus responsable, conformément à la procédure organisationnelle.

Dans le cadre de la prise de décisions, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre les renseignements pertinents à la prise de décisions, prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier. Les jeunes qui donnent leur consentement ou dont le mandataire donne le consentement en leur nom sont invités à répéter ce à quoi ils consentent. Les lois sont respectées en ce qui concerne l'obtention du consentement auprès des jeunes.

Les familles sont associées dans toute la mesure du possible aux décisions qui concernent les soins et services reçus par les jeunes, selon leur droit d'être informés.



6.1.11 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où les jeunes sont jugés inaptes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe et les gestionnaires coopèrent lorsque le consentement éclairé pose un problème afin de suivre la procédure conformément aux lois applicables.

Le mandataire des membres de la famille est consulté lorsque ces derniers ne sont pas en mesure de prendre des décisions eux-mêmes.

Une directive préalable est utilisée, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits des jeunes. Dans ce cas, le mandataire 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 options qui s'offrent à lui. Le mandataire des membres de la famille peut être désigné selon la loi applicable ou peut être un représentant choisi par ceux-ci.

Si le consentement est donné par un mandataire, son nom, son lien avec le jeune et sa famille, ainsi que la décision prise, sont consignés dans le dossier santé du jeune.

Lorsqu'il s'agit de jeunes, le consentement éclairé est donné par le jeune, ou le mandataire, et est inscrit au dossier santé avant la prestation de soins et services. Le processus de consentement comprend la participation des jeunes, dans la mesure du possible, aux décisions concernant leur soin ou service, leur intervention ou leur traitement, et la prise en compte de leurs questions et de leur contribution.

6.1.12 L'équipe consigne le consentement éclairé sur une base continue tout au long du continuum des soins et services offerts pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le processus conduisant au consentement éclairé comprend les étapes suivantes :

- examiner les renseignements sur les soins et services avec les jeunes, leur famille ou le mandataire;



- informer les jeunes et leur famille des possibilités, des solutions de rechange, des conséquences possibles si le soin ou service n'est pas effectué, et leur laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de demander un consentement;
- respecter les droits, la culture et les valeurs des jeunes et de leur famille, y compris le droit de refuser de donner son consentement à tout moment;
- consigner la décision dans le dossier santé du jeune, qu'elle ait été obtenue de façon verbale ou écrite.

Le processus de consentement est itératif et continu, avant chaque intervention ou procédure, aux points de transition et au moment du congé ou d'un transfert.

Le consentement implicite intervient lors de la prestation de soins et services pour lesquels un consentement écrit n'est pas nécessaire, par exemple, lorsque les jeunes et leur famille arrivent pour un rendez-vous, ou encore lorsqu'un jeune se présente avec un ou plusieurs problèmes de santé potentiellement mortels ou très urgents et nécessite une réanimation immédiate. Même dans ces cas de consentement implicite, l'équipe explique ce qui se passe.

Toute situation présentant un risque immédiat de préjudice grave pour la vie ou l'intégrité d'un jeune est considérée comme une urgence. Dans un cas d'urgence où le consentement du mandataire ne peut être obtenu en temps opportun, l'équipe peut agir sans consentement, mais ne peut prodiguer que les soins et services essentiels pour stabiliser le jeune.

Dans les cas où les familles refusent les soins et services offerts aux jeunes, il est important qu'aucune pression ne soit exercée sur elles en vue d'influencer leur décision. À remarquer toutefois que de donner des explications détaillées et claires sur les risques de ne pas recevoir ces soins et services ne constitue pas une pression, mais bien une occasion d'informer adéquatement les familles pour qu'elles puissent donner ou non leur consentement de façon éclairée.

- 6.1.13 L'équipe répond en temps opportun aux demandes urgentes d'obtention de services ou d'information pour les jeunes et leur famille en situation de crise ou d'urgence.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Si un accès aux services en tout temps n'est pas offert, des partenariats avec d'autres prestataires de services ou établissements ainsi qu'avec la communauté sont établis de façon à ce que ceux qui ont besoin d'aide puissent avoir accès aux services essentiels immédiatement dans une autre équipe.

6.1.14 L'équipe respecte les lignes directrices sur la gestion des conflits, des crises et des urgences vécues par les jeunes et leur famille.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les lignes directrices sont établies en collaboration avec les partenaires. Elles traitent de la sécurité de la main-d'œuvre, des jeunes et de leur famille et décrivent la façon de mener des vérifications de la sécurité, d'offrir du soutien aux membres de la main-d'œuvre qui travaillent seuls, de reconnaître, diffuser et gérer les comportements à risque élevé à l'aide de méthodes positives, d'appuyer et de conseiller la main-d'œuvre, les jeunes et leur famille dans l'éventualité d'un incident ou d'un accident, ainsi que de faire enquête sur tous les incidents et accidents et d'émettre un rapport à ce sujet.

Le processus comprend le maintien d'une liste de la main-d'œuvre formée en résolution de conflits, en intervention d'urgence et en situation de crise; l'établissement de pratiques organisationnelles pour régler les conflits, les situations de crise et les urgences; la formation offerte à la main-d'œuvre sur les façons de reconnaître les situations qui peuvent entraîner des conflits, une situation de crise et une urgence, ainsi que sur les mesures à prendre pour les prévenir.

6.1.15 L'équipe encourage les jeunes et leur famille à prendre une part active dans leurs services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Encourager les jeunes et leur famille à participer activement aux services auxquels ils accèdent est essentiel pour respecter leurs préférences et favoriser une prise de décision partagée avec les prestataires de services. Ainsi, les décisions prises correspondent aux besoins du jeune et à ses objectifs de services.



L'équipe encourage les questions et les commentaires à toutes les étapes du processus de décision. Les discussions prennent en compte les besoins spécifiques du jeune, y compris ses craintes, son projet de vie, sa situation familiale, et son expérience passée avec des traitements ou interventions similaires.

Les prestataires de services présentent toutes les données probantes pertinentes à la décision et veillent à ce qu'elles soient comprises par le jeune et sa famille. Lorsqu'une décision a été prise, l'équipe assure que le jeune et sa famille sont à l'aise avec celle-ci. Pour ce faire, l'équipe peut confirmer avec le jeune s'il a pu cibler les éléments importants pour sa prise de décision, s'il a reçu toutes les informations nécessaires, s'il a reçu suffisamment de conseils et de soutien pour comprendre les enjeux de la décision et s'il a le sentiment que la décision prise représente le meilleur choix pour lui. Si nécessaire, le processus de décision peut être repris ou la décision peut être reportée pour permettre au jeune de réfléchir davantage et de discuter des options avec sa famille.

- 6.1.16 L'équipe communique toute information aux jeunes et à leur famille de manière claire et opportune afin de permettre leur pleine participation aux services offerts pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle à un choix éclairé et à une prise de décisions conjointe entre les jeunes, leur famille et l'équipe. Les renseignements sont transmis en fonction des besoins et des intérêts des jeunes et de leur famille, ainsi que de leur niveau de compréhension, d'alphabétisation, de langue et de culture. La communication des résultats des évaluations, lorsque nécessaire, améliore la clarté et évite la répétition.

Les jeunes et leur famille sont mis au courant des risques et bienfaits des services, de leurs rôles et responsabilités dans la prestation des services, ainsi que des avantages, des limites et des résultats possibles des interventions proposées, de la façon de s'y préparer, 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 des jeunes et de leur famille. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission;



ainsi, un sujet de nature grave exige une approche plus structurée qu'un message routinier, par exemple.

- 6.1.17 L'équipe assure l'accès à des services de soutien au fonctionnement du milieu familial aux jeunes en difficulté et à leur famille.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe assure que les services de soutien offerts aux jeunes et leur famille sont axés sur le développement du jeune et la préservation familiale. Les programmes et interventions pour offrir du soutien aux jeunes et à leur famille répondent à leurs besoins, sont sécuritaires du point de vue culturel, sont inclusifs et mettent à profit leurs forces. Les services de soutien et l'enseignement traitent des besoins de santé, des besoins affectifs, des relations positives et du fonctionnement dans la vie quotidienne.

Des stratégies d'approche communautaire, ainsi que de l'information écrite et verbale sont utilisées pour établir des liens entre les services de soutien et les jeunes et à leur famille. De l'information au sujet des services de soutien est transmise aux jeunes et leur famille et cette transmission d'information est consignée au dossier santé.

- 6.1.18 L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 6.1.18.1 L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Conseils

Un environnement physique intérieur et extérieur sécuritaire, libre d'obstacles, est essentiel afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Les procédures organisationnelles sont à jour, fondées sur des données probantes et sont conformes aux exigences des autorités compétentes.



Les procédures identifient les actions qui doivent être effectuées afin d'offrir un environnement physique sécuritaire, notamment celles :

- De maintenir les planchers propres et secs et de nettoyer rapidement les liquides répandus;
- D'offrir des aides à la mobilité et des meubles adaptés selon la population desservie;
- De veiller à ce que les éléments structurels qui améliorent la sécurité et l'accessibilité soient en place et en bon état de fonctionnement, comme les rampes, les mains courantes, les barres d'appui, les revêtements de sol antidérapants et un éclairage adéquat;
- De réduire au minimum l'encombrement et le désordre;
- D'effectuer des vérifications de sécurité régulières des milieux de soins, et des espaces publics comme les aires de restauration, les entrées et les aires de stationnement.

En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur est encouragé à poser des questions, à faire part de ses préoccupations et à participer aux conversations sur la sécurité de l'environnement physique.

6.1.18.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de chutes et de blessures qui en découlent.

Conseils

Le repérage est une pratique succincte, fondée sur des données probantes, qui permet d'identifier de manière proactive les besoins et les risques de santé d'un usager susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie.

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de chutes de l'utilisateur et de prévenir les blessures qui en découlent. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer les risques de chutes et de blessures qui en découlent auprès de tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié



dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 6.1.18.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'utilisateur dont le repérage est positif pour le risque de chutes ou de blessures qui en découlent.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque de chutes ou de blessures qui en découlent, une évaluation complète est effectuée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée à l'aide d'outils d'aide à la décision. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. Les outils peuvent inclure des méthodes d'évaluation de la marche, de l'équilibre, de l'humeur, de la vision, de la cognition, de la prise des médicaments, de la comorbidité, des antécédents de chutes, de la gestion des activités de la vie quotidienne et de l'utilisation d'appareils suppléants et de technologie d'appui.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 6.1.18.4 L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.



Conseils

Les interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- L'organisation de l'environnement physique de l'utilisateur afin de réduire au minimum l'encombrement et de placer les objets nécessaires à portée de main;
- L'enseignement de techniques d'autogestion de l'utilisateur pour se protéger contre les chutes, comme l'amélioration de sa force musculaire et de son équilibre et lui apprendre à bien tomber sans se faire mal;
- La revue de la pertinence des médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils suppléants pour améliorer la sécurité et la mobilité de l'utilisateur.

Les interventions sélectionnées respectent la procédure organisationnelle sur l'utilisation de mesures de contrôle.

L'information recueillie au cours de l'évaluation est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Elle est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 6.1.18.5 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un utilisateur. Les chutes et les blessures qui en découlent qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents.



La procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

6.1.18.6 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- Les stratégies préventives qui interpellent l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire, comme le partage de l'état de mobilité de l'utilisateur sur son tableau de communication;



- Les stratégies qui permettent aux membres de l'équipe de réduire les risques de chutes et de blessures lorsqu'ils offrent un soutien aux usagers;
- Ce qu'il faut faire lorsqu'une chute ou une blessure qui en découle se produit dans le milieu de soins, ou dans un espace public, y compris la déclaration d'un incident ou accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

6.1.18.7 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention des chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :



- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés aux chutes et aux blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

6.1.19 L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

6.1.19.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

Le repérage est une pratique succincte, fondée sur des données probantes, qui permet d'identifier de manière proactive les besoins et les risques de santé d'un usager susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie.

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer les risques d'atteinte à l'intégrité de la peau d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure



organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de procéder à un repérage de l'intégrité de la peau de tous les usagers. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 6.1.19.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, une évaluation complète est réalisée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'usager peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée avec des outils d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes qui reflètent les soins et services prodigués, le milieu de soins, et les populations desservies.

Les outils d'évaluation sélectionnés peuvent inclure des méthodes permettant d'évaluer notamment :

- La couleur de la peau, son humidité, sa température, sa texture, son élasticité et la présence de lésions ou de déchirures;



- La perception sensorielle de l'utilisateur, son activité physique, sa mobilité et son exposition à la friction, au cisaillement, à l'humidité et aux facteurs de risques environnementaux;
- La capacité de l'utilisateur à gérer sa propre intégrité cutanée, y compris le maintien d'une bonne hygiène, d'une saine alimentation et d'un bon apport hydrique;
- Les risques associés aux comorbidités, comme le diabète, ou les risques associés aux interventions planifiées, comme la chirurgie ou les thérapies anticancéreuses.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

6.1.19.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- La mise en œuvre de stratégies visant à optimiser l'intégrité de la peau, comme la mobilité, l'hydratation, la nutrition et l'utilisation de crèmes protectrices;
- La réalisation des réévaluations;
- La revue des médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité de la peau;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils comme des lève-personnes, des coussins ou matelas à réduction de pression.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.



- 6.1.19.4 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager.

Il est question d'atteinte nosocomiale à l'intégrité de la peau lorsqu'une déchirure cutanée, une infection, une pression ou une autre lésion cutanée est causée par une intervention de soins, ou une variation involontaire de la qualité des soins et services.

La procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incident et accident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 6.1.19.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les préjudices et optimiser l'intégrité de la peau. En tant que membre de l'équipe, l'usager reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.



Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance d'optimiser l'intégrité de la peau;
- L'identification des risques évitables et non évitables pour l'intégrité de la peau;
- L'importance d'évaluer les surfaces et les dispositifs qui sont en contact avec la peau;
- L'importance d'évaluer les dispositifs qui pénètrent la barrière cutanée, comme les perfusions intraveineuses;
- La déclaration des atteintes nosocomiales à l'intégrité de la peau à titre d'incident et accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 6.1.19.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.



La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement afin d'optimiser l'intégrité de la peau.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les blessures et à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à l'atteinte de l'intégrité de la peau dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière d'optimisation de l'intégrité de la peau.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

6.1.20 L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

6.1.20.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.



Conseils

Le meilleur schéma thérapeutique possible est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. Les transitions de soins ont lieu lorsqu'un usager passe d'un milieu de soins à un autre.

La procédure organisationnelle définit la manière d'obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des transitions de soins, en incluant au moins les éléments suivants :

- Des entretiens virtuels ou en personne avec l'utilisateur, ou la personne responsable de la gestion des médicaments de cet usager. Ces discussions sont menées de manière à encourager la transmission complète des renseignements concernant la prise de médicaments, y compris les médicaments sur ordonnance, les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tous les remèdes traditionnels ou complémentaires;
- La vérification de la liste des médicaments obtenue de l'utilisateur auprès d'au moins une autre source d'information fiable. Les sources d'information peuvent provenir du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire, du dossier santé de l'utilisateur, de la liste des médicaments au congé de l'hôpital ou de la feuille d'administration des médicaments.

La procédure organisationnelle est à jour et fondée sur des données probantes. La procédure identifie les transitions de soins au cours desquelles le meilleur schéma thérapeutique possible de l'utilisateur doit être réalisé. À titre d'exemples, il peut s'agir de la transition d'un usager vers ou depuis un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, un milieu de soins et services ambulatoires comme une clinique d'oncologie, ou un milieu de soins et services primaires où les médicaments sont gérés.

Le meilleur schéma thérapeutique possible est consigné dans le dossier santé de l'utilisateur. L'information est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 6.1.20.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.

Conseils

Les divergences entre les médicaments non résolues, qu'elles soient



intentionnelles ou non, peuvent entraîner des erreurs de médication et causer un préjudice à l'utilisateur, occasionner des rencontres cliniques non planifiées et des coûts connexes pour le système de santé. Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une prescription inappropriée et à la duplication des médicaments ayant une action thérapeutique.

Les divergences entre les médicaments sont identifiées et documentées par un membre au sein de l'équipe ayant les compétences pour le faire. Le meilleur schéma thérapeutique possible est comparé à ce qui a été récemment prescrit ou à ce qu'il est prévu de prescrire.

Les divergences identifiées sont documentées et communiquées au prescripteur de l'ordonnance. Les divergences sont résolues de manière opportune conformément à la procédure organisationnelle.

La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. Toutefois, le risque de divergences entre les médicaments est considérablement réduit lorsque le meilleur schéma thérapeutique possible est établi avant la rédaction d'une ordonnance. L'utilisation de technologies de l'information interopérables contribue à rendre le bilan comparatif des médicaments plus fiable et plus efficace.

Tous changements de médication sont discutés avec l'utilisateur afin de s'assurer qu'ils reflètent ses objectifs et ses préférences de traitement. Ces discussions permettent à l'utilisateur de comprendre quels médicaments doivent être arrêtés ou modifiés, quelles sont les interactions potentielles avec les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tout remède traditionnel ou complémentaire, et comment se départir des médicaments inutiles.

La liste précise des médicaments est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 6.1.20.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les incidents qui causent ou auraient pu causer préjudice à un utilisateur liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.



Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents afin d'éviter les préjudices, réduire les erreurs et atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager.

Les incidents liés au maintien d'une liste précise de médicaments lors des transitions de soins comprennent les cas où le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué, est effectué de façon incorrecte ou n'est pas effectué en temps opportun et aurait pu causer un préjudice ou a causé un préjudice à un usager.

La procédure de déclaration des incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 6.1.20.4 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins. En tant que membre de l'équipe, l'usager reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.



Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les résidents et les fellows participent aux activités d'apprentissage requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage liés aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- Les stratégies pour faire participer activement l'utilisateur dans la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, y compris l'évaluation de la connaissance des médicaments de l'utilisateur;
- La communication des changements de médication lors des transitions de soins;
- La formation sur les outils d'aide à la décision clinique du bilan comparatif des médicaments de l'établissement et sur la technologie interopérable;
- La déclaration des incidents liés au maintien d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées conformément à la procédure organisationnelle.

- 6.1.20.5 L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.



Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles concernant le bilan comparatif des médicaments, y compris l'évaluation de la fiabilité et de l'exactitude des meilleurs schémas thérapeutiques possibles et l'évaluation des taux de résolution des divergences entre les médicaments et de la rapidité d'exécution;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à la tenue à jour d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur sur l'applicabilité de la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.



6.1.21 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'utilisation des mesures de contrôle les moins restrictives si le besoin d'y recourir est identifié tout au long du continuum des services pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Différents types de mesures de contrôle peuvent être utilisés pour maîtriser les réactions physiques ou le comportement d'un jeune, afin d'éviter qu'il ne se fasse du mal à lui-même ou aux autres. Il peut s'agir de mesures physiques, chimiques ou environnementales. L'utilisation de mesures de contrôle, y compris l'isolement, peut avoir des effets négatifs importants sur le bien-être physique, mental et émotionnel du jeune et de la main-d'œuvre. L'utilisation d'une approche de mesures de contrôle la moins restrictive équivaut à fournir des services sécuritaires, compétents et éthiques qui respectent les droits, la dignité et l'autonomie du jeune.

Les procédures organisationnelles doivent permettre d'assurer que toute forme de mesure de contrôle, y compris l'isolement, n'est utilisée que dans des situations urgentes où il existe un risque imminent pour la sécurité du jeune, de la main-d'œuvre ou d'autres personnes. Les procédures doivent inclure des exigences pour des réévaluations opportunes et des conseils sur la poursuite ou l'arrêt de l'utilisation, ainsi que la documentation requise en fonction du type de mesure de contrôle utilisé. Les mesures de contrôle, y compris l'isolement, ne doivent pas être utilisées pour apprendre au jeune un comportement acceptable, à titre de punition, ou pour la commodité de l'équipe.

L'équipe recueille des informations sur toute utilisation de mesures de contrôle, y compris les interventions tentées, le type de mesure de contrôle utilisé, la fréquence d'utilisation et le retrait de la mesure. L'équipe documente toutes les informations requises dans le dossier santé du jeune.

L'approche d'utilisation de la mesure de contrôle la moins restrictive permet de s'assurer que les droits du jeune ne sont pas enfreints, comme le prévoit la loi du territoire de compétence approprié.

6.1.22 L'équipe s'assure que les jeunes et leur famille sont informés du membre de l'équipe qui assume la responsabilité de la coordination de leurs services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Le membre désigné peut être le membre de l'équipe collaborative qui est le plus régulièrement en contact avec le jeune, sa famille, ou le principal prestataire des services. L'équipe s'assure que les jeunes et leur famille sont informés de la façon de joindre cette personne.

- 6.1.23 L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé qui répond aux besoins du jeune et qui tient compte de ses préférences.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan de soins et services 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 établissements, ainsi que des jeunes et de leur famille. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents du jeune, 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 la prestation et la fréquence des soins et services, les délais avant le début des soins et services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des soins et 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 soins et services, s'il y a lieu.

- 6.1.24 L'équipe évalue l'évolution de la situation des jeunes et de leur famille, sur une base continue, de manière à ajuster le plan de soins et services individualisé.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le fait de ne pas signaler un changement dans le bien-être ou l'état du jeune ou de tarder à le faire peut constituer un obstacle important à la prestation de soins et services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans le bien-être ou l'état du jeune est rapidement documenté avec exactitude dans son plan de soins et services individualisé et communiqué à tous les membres de l'équipe.

La consignation des progrès du jeune par rapport aux objectifs est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle inclut les membres de sa famille. Elle peut



comprendre l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, la discussion avec les membres de la famille et l'observation.

6.1.25 L'équipe implique les jeunes et leur famille dans la planification du projet de vie du jeune.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le projet de vie se définit comme une projection des conditions de vie sociale et familiale jugées les plus aptes à répondre aux besoins du jeune et à lui offrir des liens continus et un milieu d'appartenance dans une optique de permanence.

Le projet de vie vise à assurer le maintien ou le retour du jeune dans son milieu familial ou, si cela n'est pas possible, à lui assurer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie dans un autre milieu de vie.

Il existe plusieurs types de projets de vie, notamment les projets de vie privilégiés, soit

le maintien ou le retour du jeune dans son milieu familial et les projets de vie alternatifs, qui comprennent le placement du jeune jusqu'à sa majorité auprès d'une personne significative, l'adoption du jeune, la tutelle au jeune, l'hébergement du jeune jusqu'à sa majorité dans une famille d'accueil, l'hébergement du jeune au sein d'une ressource offrant des services spécifiques et le projet de vie axé sur l'autonomie du jeune.

La définition et la planification du projet de vie du jeune sont encadrés par les lois concernées et par les meilleures pratiques. Les objectifs et les moyens à mettre en place sont discutés avec le jeune, la famille et les différentes ressources impliquées. Ainsi, le plan de soins et services individualisé du jeune sert de guide à l'élaboration du projet de vie. Tout projet de vie se décline en deux composantes, soit une dimension physique, représentant un milieu de vie dans lequel le jeune peut développer un sentiment d'appartenance et une dimension dynamique, incarnée par une personne avec laquelle le jeune peut établir des liens et un attachement.

La planification du plan de vie alternatif du jeune est faite de façon concurrent à la planification du projet de vie privilégié, si un risque d'instabilité dans la situation du jeune est identifié ou si son maintien en milieu familial est incertain.



De l'information est consignée au dossier du jeune de manière à confirmer que le point de vue du jeune et de sa famille est entendu, qu'ils participent activement à la définition et à la planification de son projet de vie et que l'information pertinente à l'âge a été fournie, s'il y a lieu.

6.1.26 L'équipe soutient l'autonomie des jeunes d'âge transitoire pour faciliter leur transition vers les services aux adultes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Tel qu'indiqué dans le Programme qualification des jeunes, la transition des jeunes âgés de 16 à 25 ans vers l'autonomie et l'âge adulte est favorisée par une planification précoce, l'enseignement et l'acquisition de compétences pratiques ainsi que l'accès aux soins et services durant la transition. Le soutien offert aux jeunes en âge de transition consiste notamment à répondre à leurs besoins psychosociaux, à leur permettre de développer leur savoir-faire, les compétences relationnelles et le sens des responsabilités nécessaires à la vie adulte autonome et à faciliter la transition vers les services aux adultes, tels que des services de soutien à la santé mentale ou aux dépendances.

6.1.27 L'équipe adhère au cadre d'éthique de l'établissement pour traiter de façon proactive les questions d'ordres éthiques survenant lors de la prestation de services offerts aux jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Des questions d'éthique peuvent être soulevées quand des valeurs deviennent conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être très graves et mettre à risque la vie du jeune, ou il peut s'agir de questions plus anodines, par exemple liées aux activités quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect des choix des jeunes en matière de prise de risque, de la priorisation des services aux jeunes lors de situation d'urgence et les demandes de retrait de certains services spécifiques ou la fin des services sont des situations qui peuvent soulever des questions éthiques.



Le cadre d'éthique de l'établissement 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, 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 jeunes précis sont consignées au dossier santé de ceux-ci.

De plus, il existe un processus structuré d'examen des questions d'éthique pour déterminer les cas où l'on peut faire participer un jeune, ou sa famille à une activité de recherche. Les jeunes et leur famille participent à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche, le cas échéant. Ils peuvent par exemple participer à la collecte de données qualitatives pour des initiatives d'amélioration de la qualité.

- 6.1.28 L'équipe communique les possibilités de participation aux projets de recherche en cours aux jeunes et leur famille.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les jeunes et leur famille ont le droit d'être informés des possibilités de participer à des activités de recherche. Ils peuvent contribuer à ces projets soit à titre de participants ou à titre d'experts en la matière agissant comme chercheurs contributeurs ou cochercheurs. Les jeunes, leur famille et les personnes proches aidantes souhaitant participer à des projets de recherche doivent être informés de ces activités et de la manière d'obtenir des informations supplémentaires sur les modalités de participation. Si la recherche fait partie du mandat de l'établissement, les équipes devraient être à l'affût des recherches en cours et offrir aux jeunes et aux personnes proches aidantes la possibilité d'y participer. Les équipes doivent également s'informer des possibilités de formation auprès des responsables de la recherche et des établissements associés sur la recherche orientée vers les jeunes afin d'y participer et de soutenir la participation des jeunes et de leur famille.

- 6.1.29 L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication, comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins et services posthospitaliers, la relecture et la reformulation, favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente, les outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisation. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisation. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les personnes proches aidantes de répéter l'information. Les usagers et les personnes proches aidantes ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

Test(s) de conformité

- 6.1.29.1 L'information qui doit être partagée lors des transitions des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins et services, transfert et congé.
- 6.1.29.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.



- 6.1.29.3 Lors des transitions, les usagers et les personnes proches aidantes reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins et services.
- 6.1.29.4 L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.
- 6.1.29.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
 - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).

6.1.30 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour orienter les transferts vers des services internes ou externes pour les jeunes et leur famille dans les cas où son offre de services pour les jeunes en difficulté ne permet pas de répondre à leurs besoins anticipés ou réels.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le cas où l'établissement ne peut répondre aux besoins des jeunes et de leur famille, la raison en est expliquée. L'accès à d'autres services, y compris le transfert, est favorisé. L'établissement dispose d'une procédure organisationnelle ou d'un plan de transfert au besoin vers un autre prestataire de services qui assure la continuité des services. Les renseignements sont consignés dans les dossiers santé des jeunes en vue d'être utilisés lors du transfert et dans la planification des services.



- 6.1.31 L'équipe respecte la volonté du jeune de mettre fin aux services, de les limiter, ou d'être transféré vers un autre prestataire de services pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La prise de décisions partagée au sujet de la transition du jeune a lieu en consultation avec sa famille ou son mandataire, au besoin, et tient compte de la capacité du jeune de prendre des décisions. Les risques de la transition sont discutés avec lui et sa famille, de même que les services 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 jeunes et leur famille qui ont choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Si le jeune ou sa famille 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'établissement, un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour assurer un résultat juste et équitable pour le jeune, sa famille et l'établissement.

- 6.1.32 L'équipe inclut la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé du jeune.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan de soins et services individualisé, 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 établissements partenaires et aide à préparer les jeunes et leur famille pour la fin des services. La participation des jeunes à la planification de la fin des services permet de s'assurer qu'ils sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition des jeunes, de même que leurs besoins et préférences font partie du plan de soins et services individualisé. La discussion peut comprendre des suivis planifiés, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



- 6.1.33 L'équipe coordonne les ressources et les suivis appropriés, dans le contexte d'un transfert, selon l'évaluation des besoins des jeunes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La responsabilité entourant les services se poursuit jusqu'à ce que le service ait pris fin ou que le jeune ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre établissement.

Les services de suivi peuvent comprendre les services primaires, à domicile ou en milieu communautaire, ainsi que la réadaptation en milieu externe, les services de counseling psychologique et des recommandations pour des services continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile au jeune 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 jeunes 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.

- 6.1.34 L'équipe suit la procédure organisationnelle afin d'identifier les jeunes dont le développement ou la sécurité pourrait être compromis à la suite d'un signalement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ce processus consiste à obtenir de l'information auprès du jeune, de membres de sa famille et de différentes ressources le côtoyant, de manière à bien comprendre sa situation et les besoins qui s'en dégagent. L'information est validée et revue. Elle est utilisée pour déterminer si le développement ou la sécurité du jeune sont compromis et si des mesures de protection doivent être mises en place. Le cas échéant, les besoins de protection du jeune et les services ou mesures de protection à mettre en place sont identifiés.

Le processus d'évaluation est adapté, au besoin, pour tenir compte de la langue, de la culture, de la scolarité, de l'identité de genre, du style de vie et d'une déficience physique ou intellectuelle, s'il y a lieu.



6.1.35 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour effectuer un suivi à la suite d'un signalement de violation des droits d'un jeune dont le développement ou la sécurité pourrait être compromis.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe favorise des relations où les jeunes et leur famille sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes. L'établissement fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les jeunes et leur famille peuvent obtenir des conseils ou une consultation. Tout dépôt d'un signalement lié à une violation des droits d'un jeune fait l'objet d'un suivi en temps opportun et, le cas échéant, les mesures d'intervention sont initiées dès que possible.

Les signalements soulevés par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi pris en charge.

6.1.36 L'équipe assure la confidentialité de l'identité des personnes qui font un signalement ainsi que celles qui jouent un rôle dans le processus d'évaluation à la suite du signalement d'un jeune dont le développement ou la sécurité pourrait être compromis.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La protection de la confidentialité s'inscrit selon les limites à ce sujet définies dans la Loi sur la protection de la jeunesse. Les personnes qui signalent des cas dont le développement ou la sécurité pourrait être compromis sont informées sur le processus d'évaluation à la suite d'un signalement et elles seront également informées à savoir si le signalement a été retenu ou non.

6.1.37 L'équipe assure l'évaluation de la situation d'un jeune dont le signalement a été retenu, en temps opportun.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les jeunes dont le développement ou la sécurité pourrait être compromis sont évalués dans le délai prescrit, tel qu'indiqué dans le Manuel de référence de la protection de la jeunesse. Il est décidé rapidement si le jeune a besoin d'être placé sous le régime de protection.

Tous les cas dont le développement ou la sécurité pourrait être compromis sont consignés et signalés aux autorités concernées. Lorsqu'il est déterminé qu'un rapport exige une évaluation exhaustive, un temps de réponse est fixé.

L'échéancier est établi en fonction d'une évaluation initiale de la sécurité du jeune. Des évaluations sont immédiatement menées pour les signalements de jeunes considérés en danger immédiat.

Les enquêtes pour les signalements de jeunes qui ne sont pas considérés en danger immédiat sont menées dans une période jugée acceptable pour assurer le maintien de leur sécurité et pour remplir une évaluation des risques de préjudices futurs. L'échéancier de l'évaluation peut être imposé par la loi et peut varier en fonction du territoire de compétence.

L'équipe du service de la rétention des signalements s'assure que les jeunes dont la sécurité ou le développement est compromis sont dirigés vers le service de l'évaluation et de l'orientation. Dans les cas où le signalement s'avère non fondé, l'équipe peut référer les jeunes et leur famille à d'autres soins et services pouvant répondre à leurs besoins.

6.1.38 L'équipe informe les jeunes et leur famille des raisons justifiant la tenue d'une évaluation à la suite d'un signalement et du processus guidant celle-ci.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'établissement dispose d'une procédure organisationnelle traitant de la conduite d'une évaluation. Les jeunes et leur famille sont informés des procédures pertinentes concernant les dispositions législatives régionales ou territoriales.

6.1.39 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la tenue d'une évaluation complète qui aborde tous les aspects relatifs à la situation et au milieu de vie du jeune et de sa famille, lorsque le signalement est fondé.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le jeune et sa famille sont évalués au moyen d'une évaluation de la sécurité et des risques appuyée par les meilleures pratiques. Le processus d'évaluation complet s'appuie sur les lignes directrices établies par le Manuel de référence sur la protection de la jeunesse. Des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés pour déterminer le niveau de sécurité du jeune, le risque d'abus et de négligence futurs ainsi que les forces et difficultés présentées par la famille.

Ce repérage au point d'entrée aux services de protection permet de déterminer les mesures de protection volontaires ou judiciairisées nécessaires à mettre en place, selon la situation du jeune, ses ressources et les ressources disponibles dans son milieu de vie. Les outils utilisés sont sensibles aux réalités auxquelles font face les personnes appartenant à des communautés marginalisées et sont appuyés sur des données probantes.

L'équipe respecte les délais prescrits par la procédure organisationnelle pour effectuer l'évaluation approfondie, conformément aux lois et règlements encadrant les services de protection de la jeunesse.

L'équipe s'assure que la personne qui fait le signalement, le jeune, les membres de la famille et les prestataires de soins et services ont la possibilité de fournir leur rétroaction durant l'évaluation.

L'évaluation initiale est effectuée dans un environnement physique rassurant qui promeut le calme. Les méthodes d'évaluation les moins dérangeantes sont utilisées pour obtenir les résultats nécessaires.

6.1.40 L'équipe utilise l'information fournie par les partenaires communautaires dans le cadre de l'évaluation à la suite d'un signalement fondé.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les partenariats avec la police, les écoles et les prestataires de soins et services de santé sont nécessaires afin d'obtenir une évaluation complète des besoins du jeune dont le développement et la sécurité sont compromis. Les partenaires contribuent à la cueillette d'informations. La cueillette d'informations s'appuie sur les meilleures pratiques d'évaluation et sur une approche intégrée.



6.1.41 L'équipe établit les objectifs et les résultats attendus des mesures de protection de la jeunesse fournis en collaboration avec les jeunes et leur famille.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences du jeune, tels que définis dans leur évaluation, sont utilisés pour élaborer les objectifs des soins et services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières du jeune, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres établissements qui offrent des soins et services aux jeunes.

6.1.42 L'équipe s'assure de disposer d'un accès à du counseling et à du soutien émotionnel en lien avec les difficultés propres à la prestation de soins et services pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

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 un 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 enjeux uniques que présente le travail avec les jeunes et leur famille 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 jeune, ont immédiatement accès à du soutien et du counseling.

6.1.43 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour déterminer les mesures de protection à mettre en place pour assurer le développement et la sécurité des jeunes.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les mesures de protection peuvent, par exemple, référer au fait de retirer le jeune de son milieu familial; de confier le jeune à un membre de sa famille, à une famille d'accueil ou à un centre de réadaptation. Les soins et services peuvent découler d'ententes contractuelles ou être offerts par les établissements.

Les procédures organisationnelles sur la prestation de soins et services à l'extérieur du domicile sont conformes aux données probantes, aux pratiques exemplaires et aux lois. À titre d'exemple, il pourrait s'agir de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, de la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents* ou de lois relatives aux personnes vulnérables comme les membres des peuples autochtones, les personnes 2SLGBTQ+, ou les personnes appartenant à des communautés racialisées. Les procédures organisationnelles sont conçues pour réduire les risques et protéger la sécurité et le bien-être du jeune.

Les soins et services offerts à l'extérieur du domicile et les régimes de protection répondent aux besoins du jeune en ce qui concerne la santé et le bien-être, la sécurité et la sécurisation culturelle.

La décision de retirer un jeune de son domicile est prise par un professionnel compétent et est appuyée par l'autorité compétente.

L'équipe inclut des mesures de sécurité dans le plan de soins services individualisé du jeune lorsque des préoccupations en matière de sécurité sont signalées. Le plan de sécurité peut inclure des plans visant à retirer le jeune de son milieu familial. En cas de retrait du jeune de son milieu, un processus est en place pour dédier les ressources et identifier les soins et services nécessaires pour répondre à ses besoins, comme la sécurité alimentaire, l'hébergement et la fourniture de vêtements et d'articles personnels.

- 6.1.44 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer aux jeunes et à leur famille des informations au sujet de leurs droits lorsqu'ils doivent obtenir des soins et services offerts par le système judiciaire.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les jeunes et leur famille ont de nombreux droits, notamment ceux :



- d'être traités avec respect et compassion;
- d'être à l'abri de la maltraitance, de l'exploitation et de la discrimination;
- de recevoir des soins et services sécuritaires par des personnes compétentes;
- de voir leur vie privée et leur confidentialité protégées;
- d'avoir accès à leur plan de soins et services individualisé et aux informations les concernant, et de comprendre la façon dont ces informations sont utilisées;
- de refuser un soin ou un service ou de refuser que certaines personnes participent à leurs soins et services;
- de participer à tous les aspects de leurs soins et services et de faire des choix personnels;
- de choisir une ou plusieurs personnes proches aidantes ou défenseurs des droits et de décider de la façon dont ils participent à leurs soins et services;
- de faire appel d'une décision concernant leurs soins et services ou de déposer une plainte;
- de prendre part ou de refuser de prendre part à des recherches ou à des essais cliniques;
- de maintenir leurs pratiques culturelles;
- de poursuivre leurs convictions spirituelles.

Les responsabilités des jeunes et de leur famille consistent à traiter les autres avec respect, à fournir des informations exactes, à signaler les risques pour la sécurité et à respecter les politiques et procédures organisationnelles.

L'équipe fournit des informations sur les droits et les responsabilités des jeunes et de leur famille avant le début des soins et services et d'une manière régulière.

L'équipe consigne dans le dossier santé du jeune toutes les informations requises portant sur les droits et les responsabilités qui ont été transmises.

Le cadre législatif est respecté en matière de choix et de décisions du jeune, selon son niveau de compromission.

6.1.45 L'équipe assure le placement des jeunes auprès de services externes à leur milieu familial en fonction de leurs besoins en matière de sécurité, de stabilité et de bien-être

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les soins et services à l'extérieur du domicile peuvent comprendre un placement dans la famille élargie – à privilégier –, celui dans une famille d'accueil, ou dans un centre de réadaptation.

Dans la mesure du possible, les jeunes sont placés avec leurs frères et sœurs, avec des membres de la parenté, dans des familles ou dans un établissement offrant un milieu familial et situé à proximité de leur famille et de leur communauté. Les besoins d'accessibilité pour les jeunes ayant un handicap physique sont pris en considération dans le processus de placement. Les facteurs culturels et l'origine ethnique sont une priorité pour déterminer le placement.

Toute l'information recueillie dans le cadre de l'accueil et de l'évaluation est utilisée pour déterminer les services à l'extérieur du domicile qui conviennent le mieux au jeune, comme les besoins psychosociaux, les besoins d'accessibilité pour les jeunes ayant un handicap physique, ainsi que les pratiques culturelles à respecter. Les antécédents de placement sont pris en compte dans la prise de décisions.

6.1.46 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à préparer le jeune et sa famille au retrait de celui-ci de son milieu familial.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La préparation à la séparation du jeune et de sa famille inclut un compte rendu complet de la situation. Les jeunes et leur famille reçoivent l'information, appropriée en fonction de l'âge et de la culture, au sujet des raisons du retrait du jeune et du type de soins et services offerts à l'extérieur du domicile qui sera fourni. Ils reçoivent aussi de l'information sur les ressources qui l'accueilleront.

Pendant la transition, on réduit au minimum les répercussions négatives potentielles sur le jeune et sa famille en aidant celui-ci à déterminer quels objets personnels il aimerait apporter et en recueillant de l'information sur sa routine quotidienne, ses mets et activités préférés, ses soins thérapeutiques ou médicaux, ses pratiques culturelles et son éducation.

La séparation et la perte du droit parental font l'objet d'une discussion avec le jeune et sa famille, qui sont informés de la façon dont ils peuvent demeurer en contact.

S'il y a lieu, les questions liées à la violence familiale, à la violence sexuelle, à la toxicomanie ou à la santé mentale dans la famille font l'objet d'une discussion, et de



l'information sur les services de soutien et les ressources disponibles dans la communauté est offerte.

Quand un jeune est retiré de son domicile, la démarche est effectuée par des professionnels compétents qui ont la formation appropriée et l'autorité légale pour le faire. Tout retrait tient compte des besoins du jeune en matière d'accompagnement.

Conformément aux lois provinciales ou territoriales, les sous-groupes des populations les plus vulnérables, comme les communautés autochtones, les personnes 2SLGBTQ+, ou les personnes appartenant à des communautés racialisées, peuvent demander un avis aux autorités compétentes, si un jeune est retiré de son domicile ou de sa communauté.

6.1.47 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à réduire au minimum les transitions de placement des jeunes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle est fondée sur des données probantes portant sur les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles. Le processus de placement reflète une planification coordonnée et bien communiquée qui comprend l'offre de soutien et d'information au jeune et à sa famille. Il tient compte de tous les besoins possibles du jeune et de ses antécédents de placement. Quand des changements doivent être apportés au placement, l'équipe doit réagir efficacement, en temps opportun. Le point de vue du jeune est entendu et, tout comme sa famille, il exprime sa perspective.

6.1.48 L'équipe assure l'accès à des services de soutien, de formation et de perfectionnement aux personnes responsables de jeunes en famille d'accueil.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les personnes responsables de jeunes en milieu familial, comme les membres de la famille élargie ou de la famille d'accueil, doivent avoir les compétences et les connaissances pertinentes pour répondre aux besoins des jeunes ayant des besoins psychosociaux complexes.



Les personnes responsables de jeunes en famille d'accueil participent à des sessions de formation et de perfectionnement sur la façon d'évaluer et de comprendre les besoins des jeunes sous leur charge de façon continue et d'établir un rapport positif avec eux. La formation et le perfectionnement visent également le développement de toutes les compétences permettant de répondre aux besoins des jeunes et d'assurer leur bien-être et leur sécurité.

6.1.49 L'équipe collabore avec les ressources d'accueil en matière de protection des jeunes contre les abus de toutes sortes découlant des médias sociaux.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les jeunes peuvent être des victimes plus enclines à la traite de personnes, aux gangs de rue et au commerce de la drogue. L'utilisation d'appareils électroniques et des médias sociaux est un moyen pour les prédateurs et abuseurs de communiquer avec les jeunes et d'exercer une influence sur eux. La stratégie peut comprendre un dialogue avec le jeune et sa famille, sur l'utilisation des appareils électroniques. Le jeune peut être renseigné et habilité, avec le soutien de l'équipe et sans jamais être infantilisé, à prendre de bonnes décisions sur l'utilisation de ses appareils électroniques.

6.1.50 L'équipe évalue l'évolution de la situation des jeunes et de leur famille, sur une base continue, de manière à ajuster les solutions de placement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le fait de ne pas déclarer un changement dans le bien-être ou l'état du jeune ou de tarder à le faire peut constituer un obstacle important à la prestation de soins et services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans le bien-être ou l'état du jeune est rapidement documenté avec exactitude dans son dossier santé et communiqué à tous les membres de l'équipe.

La consignation des progrès du jeune par rapport aux objectifs du plan de soins et services individualisé est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle inclut les membres de sa famille. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, la discussion avec les membres de la famille et l'observation clinique.

L'équipe réexamine régulièrement la situation relative au placement à l'extérieur du domicile du jeune. Les changements apportés au placement sont favorables pour le



jeune et sa famille et sont faits dans le meilleur intérêt du jeune. Le plan de permanence tient compte du potentiel de croissance de la famille et des besoins de protection et de stabilité du jeune. La capacité de la famille élargie, voire de la communauté, à répondre aux besoins du jeune et de sa famille est aussi prise en considération.

Les changements apportés au placement peuvent comprendre, par exemple, un changement de famille d'accueil pour des raisons consignées au dossier, la transition d'une famille d'accueil vers la famille élargie, le déplacement du jeune plus près de sa communauté ou encore la transition du jeune qui a atteint l'âge de la maturité vers les soins et services pour les adultes.

- 6.1.51 L'équipe a accès à des activités d'apprentissage continues sur les approches fondées sur des données probantes pour l'utilisation de la mesure de contrôle la moins restrictive.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisation de mesures de contrôle, y compris l'isolement, peut avoir des effets négatifs importants sur le bien-être physique, mental et émotionnel des jeunes, de leur famille et de la main-d'œuvre. L'utilisation d'une approche de mesure de contrôle la moins restrictive favorise des soins et services sécuritaires, compétents et éthiques qui respectent les droits, la dignité et l'autonomie des jeunes.

Les membres de l'équipe ont accès à des activités d'apprentissage continues qui soutiennent l'utilisation d'une approche de mesure de contrôle la moins restrictive, intègrent une approche adaptée aux traumatismes et favorisent une culture sécuritaire et juste. Ces activités comprennent des informations sur les différents types de mesures de contrôle, comment et quand les utiliser, et les risques associés.

- 6.1.52 L'équipe respecte la procédure organisationnelle portant sur la clôture des dossiers des jeunes suivis dans le cadre des services de protection de la jeunesse.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Le plan de fermeture de dossier commence durant le processus d'accueil. Les jeunes et leur famille y participent.

L'équipe fournit au jeune et à sa famille des stratégies de soutien pour continuer à renforcer leur croissance en tant que famille. Ils peuvent être référés à des services psychosociaux, de réadaptation, d'accompagnement, ou de soutien.

Les plans de suivi après les services en protection de la jeunesse peuvent comprendre l'établissement de liens entre le jeune et sa famille et des partenaires communautaires pertinents du point de vue culturel. Ils peuvent aussi comprendre, à titre d'exemples, un soutien à domicile continu, de l'aide pour la sécurité à domicile et la sécurité alimentaire et du counseling.

Un avis de fermeture de dossier du jeune est fourni aux autorités concernées et à tous les partenaires qui interviennent directement.

- 6.1.53 L'équipe soutient l'autonomie des jeunes pour faciliter leur transition du milieu des services de protection de la jeunesse vers celui d'autres soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La transition vers l'autonomie est favorisée par une planification précoce, l'enseignement et l'acquisition de compétences pratiques et l'accès aux soins et services durant la transition des jeunes à la suite de la clôture de leur dossier et aussi vers l'âge adulte. Le soutien offert aux jeunes en transition consiste notamment à répondre aux besoins psychosociaux, correspondant à leur âge et à leur situation de vie, et à faciliter la transition vers les soins et services appropriés, tels que ceux de soutien à la santé mentale ou aux dépendances.

- 6.1.54 L'équipe coordonne les ressources, les suivis et les transferts appropriés, dans le contexte de la transition depuis les services de protection, selon l'évaluation des besoins des jeunes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



La responsabilité entourant les soins et services se poursuit jusqu'à ce que ceux-ci prennent fin et que le dossier soit clos, ou que le jeune ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre établissement.

Les soins et services de suivi peuvent comprendre les soins et services primaires, à domicile ou en milieu communautaire, ainsi que la réadaptation en milieu externe, les services de counseling psychologique et des recommandations pour des services continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile au jeune contribue à ce que ce dernier reçoive les soins et 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 jeunes 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.

6.2 Pratiques transversales

6.2.1 Les équipes s'assurent que l'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les autres options aux soins et services de télésanté pourraient comprendre la visite en personne ou la consultation téléphonique avec un membre de la main-d'œuvre. Les usagers devraient s'attendre à recevoir la même qualité de soins et services, peu importe leur forme.

6.2.2 Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des



procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents sont disponibles sur au point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées. La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :

- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;
- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle.

6.2.3 Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Par exemple, l'établissement peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.

- 6.2.4 Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle ainsi que sur l'importance et la pertinence de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoire. L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les publics cibles. Le style de présentation est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension.

Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres et les écrans dans les salles d'attente.

- 6.2.5 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique portent sur les moyens de détecter une éclosion, de déterminer sa cause (y compris si elle provient d'aliments contaminés), de recueillir des données ou des échantillons pour trouver d'autres cas, ainsi que de contenir une éclosion dès qu'elle est détectée.

- 6.2.6 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe responsables de recueillir et de mettre à jour l'information sur les allergies et les réactions indésirables aux médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur sont spécifiés. Les champs d'information relatifs aux allergies des usagers dans le profil et le type de réaction, la gravité et la date à laquelle l'allergie a été identifiée sont consignés.

- 6.2.7 Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il faut consulter le profil de l'utilisateur pour vérifier toutes les « bonnes » conditions de l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.

- 6.2.8 Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux ou à l'efficacité clinique. Les informations pertinentes sont consignées au dossier santé de l'utilisateur. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



Chapitre 7: Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)

Contexte

Ce chapitre porte sur l'évaluation des services en centre jeunesse, ainsi qu'en suivi externe de réadaptation pour les jeunes en difficulté. Il vise à évaluer la qualité des services fournis aux jeunes en difficulté qui nécessitent une admission dans un établissement. Les services de soutien et d'accompagnement des familles sont également inclus. L'objectif central est d'assurer que ces jeunes reçoivent des services de réadaptation de qualité répondant à leurs besoins spécifiques, tout en respectant leurs droits et leur dignité. Les critères d'évaluation s'appuient sur les exigences énoncées dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS), la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) et la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (LSJPA), ainsi que sur les orientations et lignes directrices provinciales en matière de services pour les jeunes en difficulté.

Remarque : Dans la mesure du possible, nous avons privilégié l'utilisation du terme « services » plutôt que du terme « soins et services » pour refléter la portée davantage sociale de ce chapitre. Cependant, pour maintenir une uniformité terminologique dans l'ensemble de nos manuels, nous n'avons pu éviter l'emploi de certains termes médicaux, ceux-ci demeurent donc présents. Nous espérons que cette clarification contribuera à assurer une meilleure compréhension de notre approche axée sur les services dans l'évaluation de ce chapitre. Finalement, dans le cadre de ce chapitre, l'utilisation de « jeune » a été privilégié et englobe les enfants.

7.1 Épisodes de soins et services - Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers admis)

7.1.1 L'équipe respecte les lignes directrices visant à repérer le plus rapidement possible les jeunes et leur famille ayant besoin d'accéder aux services pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Le repérage rapide des jeunes et de leur famille ayant besoin d'intervention sert de stratégie de prévention de l'abus et de la négligence envers les jeunes. Des programmes d'intervention rapide et de prévention, offerts par des établissements ou utilisés avec des partenaires communautaires sont disponibles pour favoriser le développement du plein potentiel des jeunes. À défaut de lignes directrices claires, l'équipe utilise son jugement clinique pour repérer efficacement les jeunes et leur famille.

7.1.2

POR

En partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 7.1.2.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes.

Conseils

Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.

Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'utilisateur. Voici des exemples d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'utilisateur, l'adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la personne proche aidante), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins et services continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'utilisateur, la reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'utilisateur et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'utilisateur ou la personne proche aidante.



L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identifiants (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les personnes proches aidantes 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.

7.1.3 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer les droits et les responsabilités des jeunes et de leur famille en lien avec la prestation des services pour jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les jeunes et leur famille ont de nombreux droits, notamment ceux :

- d'être traités avec respect et compassion;
- d'être à l'abri de la maltraitance, de l'exploitation et de la discrimination;
- de recevoir des services sécuritaires par des personnes compétentes;
- de voir leur vie privée et leur confidentialité protégées;
- d'avoir accès à leur plan de soins et services individualisé et aux informations le concernant, et de comprendre la façon dont ces informations sont utilisées;
- de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à leurs services;
- de participer à tous les aspects de leurs services et de faire des choix personnels;
- de choisir une ou plusieurs personnes proches aidantes ou des défenseurs des droits et de décider de la façon dont ils participent à leurs services;
- de faire appel d'une décision concernant leurs services ou de déposer une plainte;
- de maintenir leurs pratiques culturelles;
- de poursuivre leurs convictions spirituelles.

Les responsabilités des jeunes et de leur famille consistent à traiter les autres avec respect, à fournir des informations exactes, à signaler les risques pour la sécurité et à respecter les politiques et procédures organisationnelles.

L'équipe fournit des informations sur les droits et les responsabilités des jeunes et de leur famille avant le début des services et d'une manière régulière.



L'équipe consigne dans le dossier santé du jeune toutes les informations requises portant sur les droits et les responsabilités qui ont été transmises.

7.1.4 L'équipe entretient des relations respectueuses avec les jeunes et leur famille.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les jeunes et leur famille :

- en se présentant et en expliquant leur rôle;
- en demandant la permission avant de prodiguer des soins et services et en expliquant les raisons;
- en utilisant un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations, ou en rassurant les jeunes et leur famille, le cas échéant;
- en favorisant les conversations ouvertes et transparentes avec les jeunes et leur famille pour soutenir une approche de soins centrés sur la personne;
- en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses, leur style de vie ou leur identité de genre en tout temps;
- en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses, leur style de vie ou leur identité de genre en tout temps;
- en assurant une écoute active et une prise en compte de toute question ou toute rétroaction; et
- en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.

7.1.5 L'équipe assure la reconnaissance et le respect du point de vue des jeunes et de leur famille dans tous les aspects de la prestation de services pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les jeunes peuvent s'exprimer librement de la façon qui leur convient, par exemple verbalement, par écrit, ou à l'aide de divers moyens de communication, et ont la liberté de demander de recevoir et de fournir de l'information et des idées. Leurs préférences sont consignées dans leur dossier santé. Afin de permettre au jeune de s'exprimer librement, il doit être rencontré seul et dans différents milieux de vie.



7.1.6 L'équipe utilise une approche adaptée à la prévention de traumatismes dans l'ensemble de leur relation avec les jeunes et leur famille.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le trauma n'est pas associé de manière systématique à une pathologie ou à un phénomène physique. Il arrive souvent qu'un traumatisme se rapporte au non-respect des demandes et souhaits des jeunes et de leur famille, ainsi qu'à un sentiment de n'avoir pas été respecté en tant que personne à part entière. La valeur et l'intégrité individuelle peuvent en être affectées. De plus, une approche adaptée aux traumatismes prend en compte les expériences ultérieures négatives que les jeunes et leur famille ont pu vivre. Cela est particulièrement probant lorsque les jeunes et leur famille font partie d'une ou de plusieurs communautés marginalisées et racialisées. L'adoption d'une telle approche envers les services permet de diminuer le risque de traumatismes additionnels.

L'accueil et l'évaluation sont effectués dans un environnement sécuritaire rassurant qui promeut le calme. Les méthodes d'évaluation les moins dérangementantes sont utilisées pour obtenir les résultats nécessaires.

7.1.7 L'équipe évalue les besoins du jeune, de sa famille et des personnes proches aidantes selon une approche holistique, tout au long du continuum de soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ce processus peut être nommé processus d'accueil, d'évaluation ou de début des services. L'information est validée et revue. Elle est utilisée pour déterminer si les services offerts par l'établissement répondent aux besoins et aux préférences des jeunes et de leur famille, pour cerner les besoins immédiats des jeunes et de leurs familles et pour établir les priorités quant à ces services.

Le processus d'accueil est adapté, au besoin, pour tenir compte de la langue, de la culture, de la scolarité, de l'identité de genre, du style de vie et d'une déficience physique ou intellectuelle, s'il y a lieu.

L'évaluation des besoins peut être répétée de façon périodique et selon une approche holistique tout au long du continuum des services offerts aux jeunes en difficulté et à leur



famille, afin d'adapter ces services et de déterminer si de nouveaux services doivent être initiés.

Les besoins sont identifiés et consignés dans le dossier santé. Les besoins peuvent être informés par :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et d'autres personnes proches aidantes;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que par 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.

7.1.8 L'équipe définit, en collaboration avec les jeunes et leur famille, les objectifs et les résultats attendus des services pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences du jeune, tels que définis dans leur évaluation, sont utilisés pour élaborer les objectifs des services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières du jeune, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres établissements qui offrent des services aux jeunes.

7.1.9 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour permettre aux jeunes d'indiquer leurs préférences quant au niveau d'implication souhaité de leur famille dans la prestation des services pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Dans le cadre de ses services, le jeune peut choisir de recevoir une aide de la part des membres de sa famille. La ou les personnes ainsi désignées peuvent jouer un rôle essentiel dans les services du jeune et font partie de l'équipe selon les souhaits de celui-ci.

Le jeune définit la façon dont il souhaite que sa famille participe à ses services. L'équipe documente toutes les informations requises dans le plan de soins et services individualisé du jeune.

Faire participer le jeune à la prise de décision éclairée est un processus continu. L'équipe discute avec le jeune à propos des personnes qui participeront à ses services de manière à lui permettre de révéler en toute sécurité et en toute confidentialité l'identité d'une personne qui a un rôle à jouer dans sa détresse.

Si un mandataire du jeune participe à la prise de décisions, les lois en vigueur sont respectées. Il existe un processus pour régler les conflits entre le jeune et sa famille concernant le niveau souhaité de participation.

7.1.10 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'évaluation de la capacité des jeunes à donner leur consentement éclairé, à accepter un soin ou service offert, ou à le refuser.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation de la capacité à donner son consentement se fait de façon continue par le prestataire le plus responsable, conformément à la procédure organisationnelle.

Dans le cadre de la prise de décisions, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre les renseignements pertinents à la prise de décisions, prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier. Les jeunes qui donnent leur consentement ou dont le mandataire donne le consentement en leur nom sont invités à répéter ce à quoi ils consentent. Les lois sont respectées en ce qui concerne l'obtention du consentement auprès des jeunes.

Les familles sont associées dans toute la mesure du possible aux décisions qui concernent les soins et services reçus par les jeunes, selon leur droit d'être informés.



7.1.11 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la façon d'obtenir le consentement dans les cas où les jeunes sont jugés inaptes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe et les gestionnaires coopèrent lorsque le consentement éclairé pose un problème afin de suivre la procédure conformément aux lois applicables.

Le mandataire des membres de la famille est consulté lorsque ces derniers ne sont pas en mesure de prendre des décisions eux-mêmes.

Une directive préalable est utilisée, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits des jeunes. Dans ce cas, le mandataire 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 options qui s'offrent à lui. Le mandataire des membres de la famille peut être désigné selon la loi applicable ou peut être un représentant choisi par ceux-ci.

Si le consentement est donné par un mandataire, son nom, son lien avec le jeune et sa famille, ainsi que la décision prise, sont consignés dans le dossier santé du jeune.

Lorsqu'il s'agit de jeunes, le consentement éclairé est donné par le jeune, ou le mandataire, et est inscrit au dossier santé avant la prestation de soins et services. Le processus de consentement comprend la participation des jeunes, dans la mesure du possible, aux décisions concernant leur soin ou service, leur intervention ou leur traitement, et la prise en compte de leurs questions et de leur contribution.

7.1.12 L'équipe consigne le consentement éclairé sur une base continue tout au long du continuum des soins et services offerts pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le processus conduisant au consentement éclairé comprend les étapes suivantes :

- examiner les renseignements sur les soins et services avec les jeunes, leur famille ou le mandataire;



- informer les jeunes et leur famille des possibilités, des solutions de rechange, des conséquences possibles si le soin ou service n'est pas effectué, et leur laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de demander un consentement;
- respecter les droits, la culture et les valeurs des jeunes et de leur famille, y compris le droit de refuser de donner son consentement à tout moment;
- consigner la décision dans le dossier santé du jeune, qu'elle ait été obtenue de façon verbale ou écrite.

Le processus de consentement est itératif et continu, avant chaque intervention ou procédure, aux points de transition et au moment du congé ou d'un transfert.

Le consentement implicite intervient lors de la prestation de soins et services pour lesquels un consentement écrit n'est pas nécessaire, par exemple, lorsque les jeunes et leur famille arrivent pour un rendez-vous, ou encore lorsqu'un jeune se présente avec un ou plusieurs problèmes de santé potentiellement mortels ou très urgents et nécessite une réanimation immédiate. Même dans ces cas de consentement implicite, l'équipe explique ce qui se passe.

Toute situation présentant un risque immédiat de préjudice grave pour la vie ou l'intégrité d'un jeune est considérée comme une urgence. Dans un cas d'urgence où le consentement du mandataire ne peut être obtenu en temps opportun, l'équipe peut agir sans consentement, mais ne peut prodiguer que les soins et services essentiels pour stabiliser le jeune.

Dans les cas où les familles refusent les soins et services offerts aux jeunes, il est important qu'aucune pression ne soit exercée sur elles en vue d'influencer leur décision. À remarquer toutefois que de donner des explications détaillées et claires sur les risques de ne pas recevoir ces soins et services ne constitue pas une pression, mais bien une occasion d'informer adéquatement les familles pour qu'elles puissent donner ou non leur consentement de façon éclairée.

7.1.13 L'équipe répond en temps opportun aux demandes urgentes d'obtention de services ou d'information pour les jeunes et leur famille en situation de crise ou d'urgence.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Si un accès aux services en tout temps n'est pas offert, des partenariats avec d'autres prestataires de services ou établissements ainsi qu'avec la communauté sont établis de façon à ce que ceux qui ont besoin d'aide puissent avoir accès aux services essentiels immédiatement dans une autre équipe.

7.1.14 L'équipe respecte les lignes directrices sur la gestion des conflits, des crises et des urgences vécues par les jeunes et leur famille.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les lignes directrices sont établies en collaboration avec les partenaires. Elles traitent de la sécurité de la main-d'œuvre, des jeunes et de leur famille et décrivent la façon de mener des vérifications de la sécurité, d'offrir du soutien aux membres de la main-d'œuvre qui travaillent seuls, de reconnaître, diffuser et gérer les comportements à risque élevé à l'aide de méthodes positives, d'appuyer et de conseiller la main-d'œuvre, les jeunes et leur famille dans l'éventualité d'un incident ou d'un accident, ainsi que de faire enquête sur tous les incidents et accidents et d'émettre un rapport à ce sujet.

Le processus comprend le maintien d'une liste de la main-d'œuvre formée en résolution de conflits, en intervention d'urgence et en situation de crise; l'établissement de pratiques organisationnelles pour régler les conflits, les situations de crise et les urgences; la formation offerte à la main-d'œuvre sur les façons de reconnaître les situations qui peuvent entraîner des conflits, une situation de crise et une urgence, ainsi que sur les mesures à prendre pour les prévenir.

7.1.15 L'équipe encourage les jeunes et leur famille à prendre une part active dans leurs services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Encourager les jeunes et leur famille à participer activement aux services auxquels ils accèdent est essentiel pour respecter leurs préférences et favoriser une prise de décision partagée avec les prestataires de services. Ainsi, les décisions prises correspondent aux besoins du jeune et à ses objectifs de services.



L'équipe encourage les questions et les commentaires à toutes les étapes du processus de décision. Les discussions prennent en compte les besoins spécifiques du jeune, y compris ses craintes, son projet de vie, sa situation familiale, et son expérience passée avec des traitements ou interventions similaires.

Les prestataires de services présentent toutes les données probantes pertinentes à la décision et veillent à ce qu'elles soient comprises par le jeune et sa famille. Lorsqu'une décision a été prise, l'équipe assure que le jeune et sa famille sont à l'aise avec celle-ci. Pour ce faire, l'équipe peut confirmer avec le jeune s'il a pu cibler les éléments importants pour sa prise de décision, s'il a reçu toutes les informations nécessaires, s'il a reçu suffisamment de conseils et de soutien pour comprendre les enjeux de la décision et s'il a le sentiment que la décision prise représente le meilleur choix pour lui. Si nécessaire, le processus de décision peut être repris ou la décision peut être reportée pour permettre au jeune de réfléchir davantage et de discuter des options avec sa famille.

7.1.16 L'équipe communique toute information aux jeunes et à leur famille de manière claire et opportune afin de permettre leur pleine participation aux services offerts pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle à un choix éclairé et à une prise de décisions conjointe entre les jeunes, leur famille et l'équipe. Les renseignements sont transmis en fonction des besoins et des intérêts des jeunes et de leur famille, ainsi que de leur niveau de compréhension, d'alphabétisation, de langue et de culture. La communication des résultats des évaluations, lorsque nécessaire, améliore la clarté et évite la répétition.

Les jeunes et leur famille sont mis au courant des risques et bienfaits des services, de leurs rôles et responsabilités dans la prestation des services, ainsi que des avantages, des limites et des résultats possibles des interventions proposées, de la façon de s'y préparer, 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 des jeunes et de leur famille. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission;



ainsi, un sujet de nature grave exige une approche plus structurée qu'un message routinier, par exemple.

7.1.17 L'équipe assure l'accès à des services de soutien au fonctionnement du milieu familial aux jeunes en difficulté et à leur famille.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe assure que les services de soutien offerts aux jeunes et leur famille sont axés sur le développement du jeune et la préservation familiale. Les programmes et interventions pour offrir du soutien aux jeunes et à leur famille répondent à leurs besoins, sont sécuritaires du point de vue culturel, sont inclusifs et mettent à profit leurs forces. Les services de soutien et l'enseignement traitent des besoins de santé, des besoins affectifs, des relations positives et du fonctionnement dans la vie quotidienne.

Des stratégies d'approche communautaire, ainsi que de l'information écrite et verbale sont utilisées pour établir des liens entre les services de soutien et les jeunes et leur famille. De l'information au sujet des services de soutien est transmise aux jeunes et à leur famille et cette transmission d'information est consignée au dossier santé.

7.1.18 L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

7.1.18.1 L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Conseils

Un environnement physique intérieur et extérieur sécuritaire, libre d'obstacles, est essentiel afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Les procédures organisationnelles sont à jour, fondées sur des données probantes et sont conformes aux exigences des autorités compétentes.



Les procédures identifient les actions qui doivent être effectuées afin d'offrir un environnement physique sécuritaire, notamment celles :

- De maintenir les planchers propres et secs et de nettoyer rapidement les liquides répandus;
- D'offrir des aides à la mobilité et des meubles adaptés selon la population desservie;
- De veiller à ce que les éléments structurels qui améliorent la sécurité et l'accessibilité soient en place et en bon état de fonctionnement, comme les rampes, les mains courantes, les barres d'appui, les revêtements de sol antidérapants et un éclairage adéquat;
- De réduire au minimum l'encombrement et le désordre;
- D'effectuer des vérifications de sécurité régulières des milieux de soins, et des espaces publics comme les aires de restauration, les entrées et les aires de stationnement.

En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur est encouragé à poser des questions, à faire part de ses préoccupations et à participer aux conversations sur la sécurité de l'environnement physique.

7.1.18.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de chutes et de blessures qui en découlent.

Conseils

Le repérage est une pratique succincte, fondée sur des données probantes, qui permet d'identifier de manière proactive les besoins et les risques de santé d'un usager susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie.

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de chutes de l'utilisateur et de prévenir les blessures qui en découlent. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer les risques de chutes et de blessures qui en découlent auprès de tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié



dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 7.1.18.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'utilisateur dont le repérage est positif pour le risque de chutes ou de blessures qui en découlent.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque de chutes ou de blessures qui en découlent, une évaluation complète est effectuée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée à l'aide d'outils d'aide à la décision. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. Les outils peuvent inclure des méthodes d'évaluation de la marche, de l'équilibre, de l'humeur, de la vision, de la cognition, de la prise des médicaments, de la comorbidité, des antécédents de chutes, de la gestion des activités de la vie quotidienne et de l'utilisation d'appareils suppléants et de technologie d'appui.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

- 7.1.18.4 L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.



Conseils

Les interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- L'organisation de l'environnement physique de l'utilisateur afin de réduire au minimum l'encombrement et de placer les objets nécessaires à portée de main;
- L'enseignement de techniques d'autogestion de l'utilisateur pour se protéger contre les chutes, comme l'amélioration de sa force musculaire et de son équilibre et lui apprendre à bien tomber sans se faire mal;
- La revue de la pertinence des médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils suppléants pour améliorer la sécurité et la mobilité de l'utilisateur.

Les interventions sélectionnées respectent la procédure organisationnelle sur l'utilisation de mesures de contrôle.

L'information recueillie au cours de l'évaluation est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur et le plan de soins et services individualisé. Elle est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

- 7.1.18.5 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager. Les chutes et les blessures qui en découlent qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents.



La procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

7.1.18.6 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- Les stratégies préventives qui interpellent l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire, comme le partage de l'état de mobilité de l'utilisateur sur son tableau de communication;



- Les stratégies qui permettent aux membres de l'équipe de réduire les risques de chutes et de blessures lorsqu'ils offrent un soutien aux usagers;
- Ce qu'il faut faire lorsqu'une chute ou une blessure qui en découle se produit dans le milieu de soins, ou dans un espace public, y compris la déclaration d'un incident ou accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

7.1.18.7 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention des chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :



- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés aux chutes et aux blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

7.1.19 L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

7.1.19.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

Le repérage est une pratique succincte, fondée sur des données probantes, qui permet d'identifier de manière proactive les besoins et les risques de santé d'un usager susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie.

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer les risques d'atteinte à l'intégrité de la peau d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure



organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de procéder à un repérage de l'intégrité de la peau de tous les usagers. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

7.1.19.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'utilisateur dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.

Conseils

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, une évaluation complète est réalisée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée avec des outils d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes qui reflètent les soins et services prodigués, le milieu de soins, et les populations desservies.

Les outils d'évaluation sélectionnés peuvent inclure des méthodes permettant d'évaluer notamment :

- La couleur de la peau, son humidité, sa température, sa texture, son élasticité et la présence de lésions ou de déchirures;



- La perception sensorielle de l'utilisateur, son activité physique, sa mobilité et son exposition à la friction, au cisaillement, à l'humidité et aux facteurs de risques environnementaux;
- La capacité de l'utilisateur à gérer sa propre intégrité cutanée, y compris le maintien d'une bonne hygiène, d'une saine alimentation et d'un bon apport hydrique;
- Les risques associés aux comorbidités, comme le diabète, ou les risques associés aux interventions planifiées, comme la chirurgie ou les thérapies anticancéreuses.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

7.1.19.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Conseils

Les interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- La mise en œuvre de stratégies visant à optimiser l'intégrité de la peau, comme la mobilité, l'hydratation, la nutrition et l'utilisation de crèmes protectrices;
- La réalisation des réévaluations;
- La revue des médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité de la peau;
- La fourniture d'équipements ou d'appareils comme des lève-personnes, des coussins ou matelas à réduction de pression.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.



- 7.1.19.4 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.

Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager.

Il est question d'atteinte nosocomiale à l'intégrité de la peau lorsqu'une déchirure cutanée, une infection, une pression ou une autre lésion cutanée est causée par une intervention de soins, ou une variation involontaire de la qualité des soins et services.

La procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incident et accident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 7.1.19.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les préjudices et optimiser l'intégrité de la peau. En tant que membre de l'équipe, l'usager reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.



Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance d'optimiser l'intégrité de la peau;
- L'identification des risques évitables et non évitables pour l'intégrité de la peau;
- L'importance d'évaluer les surfaces et les dispositifs qui sont en contact avec la peau;
- L'importance d'évaluer les dispositifs qui pénètrent la barrière cutanée, comme les perfusions intraveineuses;
- La déclaration des atteintes nosocomiales à l'intégrité de la peau à titre d'incident et accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

- 7.1.19.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.



La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement afin d'optimiser l'intégrité de la peau.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'évaluation des interventions visant à prévenir les blessures et à optimiser l'intégrité de la peau;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à l'atteinte de l'intégrité de la peau dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière d'optimisation de l'intégrité de la peau.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

7.1.20

L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Test(s) de conformité

- 7.1.20.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.



Conseils

Le meilleur schéma thérapeutique possible est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. Les transitions de soins ont lieu lorsqu'un usager passe d'un milieu de soins à un autre.

La procédure organisationnelle définit la manière d'obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des transitions de soins, en incluant au moins les éléments suivants :

- Des entretiens virtuels ou en personne avec l'utilisateur, ou la personne responsable de la gestion des médicaments de cet usager. Ces discussions sont menées de manière à encourager la transmission complète des renseignements concernant la prise de médicaments, y compris les médicaments sur ordonnance, les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tous les remèdes traditionnels ou complémentaires;
- La vérification de la liste des médicaments obtenue de l'utilisateur auprès d'au moins une autre source d'information fiable. Les sources d'information peuvent provenir du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire, du dossier santé de l'utilisateur, de la liste des médicaments au congé de l'hôpital ou de la feuille d'administration des médicaments.

La procédure organisationnelle est à jour et fondée sur des données probantes. La procédure identifie les transitions de soins au cours desquelles le meilleur schéma thérapeutique possible de l'utilisateur doit être réalisé. À titre d'exemples, il peut s'agir de la transition d'un usager vers ou depuis un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, un milieu de soins et services ambulatoires comme une clinique d'oncologie, ou un milieu de soins et services primaires où les médicaments sont gérés.

Le meilleur schéma thérapeutique possible est consigné dans le dossier santé de l'utilisateur. L'information est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 7.1.20.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.

Conseils

Les divergences entre les médicaments non résolues, qu'elles soient



intentionnelles ou non, peuvent entraîner des erreurs de médication et causer un préjudice à l'utilisateur, occasionner des rencontres cliniques non planifiées et des coûts connexes pour le système de santé. Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une prescription inappropriée et à la duplication des médicaments ayant une action thérapeutique.

Les divergences entre les médicaments sont identifiées et documentées par un membre au sein de l'équipe ayant les compétences pour le faire. Le meilleur schéma thérapeutique possible est comparé à ce qui a été récemment prescrit ou à ce qu'il est prévu de prescrire.

Les divergences identifiées sont documentées et communiquées au prescripteur de l'ordonnance. Les divergences sont résolues de manière opportune conformément à la procédure organisationnelle.

La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. Toutefois, le risque de divergences entre les médicaments est considérablement réduit lorsque le meilleur schéma thérapeutique possible est établi avant la rédaction d'une ordonnance. L'utilisation de technologies de l'information interopérables contribue à rendre le bilan comparatif des médicaments plus fiable et plus efficace.

Tous changements de médication sont discutés avec l'utilisateur afin de s'assurer qu'ils reflètent ses objectifs et ses préférences de traitement. Ces discussions permettent à l'utilisateur de comprendre quels médicaments doivent être arrêtés ou modifiés, quelles sont les interactions potentielles avec les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tout remède traditionnel ou complémentaire, et comment se départir des médicaments inutiles.

La liste précise des médicaments est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

- 7.1.20.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les incidents qui causent ou auraient pu causer préjudice à un utilisateur liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.



Conseils

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents afin d'éviter les préjudices, réduire les erreurs et atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager.

Les incidents liés au maintien d'une liste précise de médicaments lors des transitions de soins comprennent les cas où le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué, est effectué de façon incorrecte ou n'est pas effectué en temps opportun et aurait pu causer un préjudice ou a causé un préjudice à un usager.

La procédure de déclaration des incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'usager et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

- 7.1.20.4 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Conseils

Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins. En tant que membre de l'équipe, l'usager reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.



Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les résidents et les fellows participent aux activités d'apprentissage requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage liés aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- L'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- Les stratégies pour faire participer activement l'utilisateur dans la tenue d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, y compris l'évaluation de la connaissance des médicaments de l'utilisateur;
- La communication des changements de médication lors des transitions de soins;
- La formation sur les outils d'aide à la décision clinique du bilan comparatif des médicaments de l'établissement et sur la technologie interopérable;
- La déclaration des incidents liés au maintien d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées conformément à la procédure organisationnelle.

- 7.1.20.5 L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.



Conseils

L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- Des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles concernant le bilan comparatif des médicaments, y compris l'évaluation de la fiabilité et de l'exactitude des meilleurs schémas thérapeutiques possibles et l'évaluation des taux de résolution des divergences entre les médicaments et de la rapidité d'exécution;
- L'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à la tenue à jour d'une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur sur l'applicabilité de la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins;
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.



7.1.21 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur l'utilisation des mesures de contrôle les moins restrictives si le besoin d'y recourir est identifié tout au long du continuum des services pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Différents types de mesures de contrôle peuvent être utilisés pour maîtriser les réactions physiques ou le comportement d'un jeune, afin d'éviter qu'il ne se fasse du mal à lui-même ou aux autres. Il peut s'agir de mesures physiques, chimiques ou environnementales. L'utilisation de mesures de contrôle, y compris l'isolement, peut avoir des effets négatifs importants sur le bien-être physique, mental et émotionnel du jeune et de la main-d'œuvre. L'utilisation d'une approche de mesures de contrôle la moins restrictive équivaut à fournir des services sécuritaires, compétents et éthiques qui respectent les droits, la dignité et l'autonomie du jeune.

Les procédures organisationnelles doivent permettre d'assurer que toute forme de mesure de contrôle, y compris l'isolement, n'est utilisée que dans des situations urgentes où il existe un risque imminent pour la sécurité du jeune, de la main-d'œuvre ou d'autres personnes. Les procédures doivent inclure des exigences pour des réévaluations opportunes et des conseils sur la poursuite ou l'arrêt de l'utilisation, ainsi que la documentation requise en fonction du type de mesure de contrôle utilisé. Les mesures de contrôle, y compris l'isolement, ne doivent pas être utilisées pour apprendre au jeune un comportement acceptable, à titre de punition, ou pour la commodité de l'équipe.

L'équipe recueille des informations sur toute utilisation de mesures de contrôle, y compris les interventions tentées, le type de mesure de contrôle utilisé, la fréquence d'utilisation et le retrait de la mesure. L'équipe documente toutes les informations requises dans le dossier santé du jeune.

L'approche d'utilisation de la mesure de contrôle la moins restrictive permet de s'assurer que les droits du jeune ne sont pas enfreints, comme le prévoit la loi du territoire de compétence approprié.

7.1.22 L'équipe s'assure que les jeunes et leur famille sont informés du membre de l'équipe qui assume la responsabilité de la coordination de leurs services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Le membre désigné peut être le membre de l'équipe collaborative qui est le plus régulièrement en contact avec le jeune, sa famille, ou le principal prestataire des services. L'équipe s'assure que les jeunes et leur famille sont informés de la façon de joindre cette personne.

- 7.1.23 L'équipe élabore un plan de soins et services individualisé qui répond aux besoins du jeune et qui tient compte de ses préférences.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan de soins et services 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 établissements, ainsi que des jeunes et de leur famille. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents du jeune, 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 la prestation et la fréquence des soins et services, les délais avant le début des soins et services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des soins et 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 soins et services, s'il y a lieu.

- 7.1.24 L'équipe évalue l'évolution de la situation des jeunes et de leur famille, sur une base continue, de manière à ajuster le plan de soins et services individualisé.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le fait de ne pas signaler un changement dans le bien-être ou l'état du jeune ou de tarder à le faire peut constituer un obstacle important à la prestation de soins et services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans le bien-être ou l'état du jeune est rapidement documenté avec exactitude dans son plan de soins et services individualisé et communiqué à tous les membres de l'équipe.

La consignation des progrès du jeune par rapport aux objectifs est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle inclut les membres de sa famille. Elle peut



comprendre l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, la discussion avec les membres de la famille et l'observation.

7.1.25 L'équipe implique les jeunes et leur famille dans la planification du projet de vie du jeune.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le projet de vie se définit comme une projection des conditions de vie sociale et familiale jugées les plus aptes à répondre aux besoins du jeune et à lui offrir des liens continus et un milieu d'appartenance dans une optique de permanence.

Le projet de vie vise à assurer le maintien ou le retour du jeune dans son milieu familial ou, si cela n'est pas possible, à lui assurer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie dans un autre milieu de vie.

Il existe plusieurs types de projets de vie, notamment les projets de vie privilégiés, soit

le maintien ou le retour du jeune dans son milieu familial et les projets de vie alternatifs, qui comprennent le placement du jeune jusqu'à sa majorité auprès d'une personne significative, l'adoption du jeune, la tutelle au jeune, l'hébergement du jeune jusqu'à sa majorité dans une famille d'accueil, l'hébergement du jeune au sein d'une ressource offrant des services spécifiques et le projet de vie axé sur l'autonomie du jeune.

La définition et la planification du projet de vie du jeune sont encadrées par les lois concernées et par les meilleures pratiques. Les objectifs et les moyens à mettre en place sont discutés avec le jeune, la famille et les différentes ressources impliquées. Ainsi, le plan de soins et services individualisé du jeune sert de guide à l'élaboration du projet de vie. Tout projet de vie se décline en deux composantes, soit une dimension physique, représentant un milieu de vie dans lequel le jeune peut développer un sentiment d'appartenance et une dimension dynamique, incarnée par une personne avec laquelle le jeune peut établir des liens et un attachement.

La planification du plan de vie alternatif du jeune est faite de façon concurrent à la planification du projet de vie privilégié, si un risque d'instabilité dans la situation du jeune est identifié ou si son maintien en milieu familial est incertain.



De l'information est consignée au dossier du jeune de manière à confirmer que le point de vue du jeune et de sa famille est entendu, qu'ils participent activement à la définition et à la planification de son projet de vie et que l'information pertinente à l'âge a été fournie, s'il y a lieu.

7.1.26 L'équipe soutient l'autonomie des jeunes d'âge transitoire pour faciliter leur transition vers les services aux adultes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Tel qu'indiqué dans le Programme qualification des jeunes, la transition des jeunes âgés de 16 à 25 ans vers l'autonomie et l'âge adulte est favorisée par une planification précoce, l'enseignement et l'acquisition de compétences pratiques ainsi que l'accès aux soins et services durant la transition. Le soutien offert aux jeunes en âge de transition consiste notamment à répondre à leurs besoins psychosociaux, à leur permettre de développer leur savoir-faire, les compétences relationnelles et le sens des responsabilités nécessaires à la vie adulte autonome et à faciliter la transition vers les services aux adultes, tels que des services de soutien à la santé mentale ou aux dépendances.

7.1.27 L'équipe adhère au cadre d'éthique de l'établissement pour traiter de façon proactive les questions d'ordres éthiques survenant lors de la prestation de services offerts aux jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Des questions d'éthique peuvent être soulevées quand des valeurs deviennent conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être très graves et mettre à risque la vie du jeune ou il peut s'agir de questions plus anodines, par exemple liées aux activités quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect des choix des jeunes en matière de prise de risque, de la priorisation des services aux jeunes lors de situation d'urgence et les demandes de retrait de certains services spécifiques ou la fin des services sont des situations qui peuvent soulever des questions éthiques.



Le cadre d'éthique de l'établissement 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, 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 jeunes précis sont consignées au dossier santé de ceux-ci.

De plus, il existe un processus structuré d'examen des questions d'éthique pour déterminer les cas où l'on peut faire participer un jeune, ou sa famille à une activité de recherche. Les jeunes et leur famille participent à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche, le cas échéant. Ils peuvent par exemple participer à la collecte de données qualitatives pour des initiatives d'amélioration de la qualité.

7.1.28 L'équipe communique les possibilités de participation aux projets de recherche en cours aux jeunes et à leur famille.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les jeunes et leur famille ont le droit d'être informés des possibilités de participer à des activités de recherche. Ils peuvent contribuer à ces projets soit à titre de participants ou à titre d'experts en la matière agissant comme chercheurs contributeurs ou cochercheurs. Les jeunes, leur famille et les personnes proches aidantes souhaitant participer à des projets de recherche doivent être informés de ces activités et de la manière d'obtenir des informations supplémentaires sur les modalités de participation. Si la recherche fait partie du mandat de l'établissement, les équipes devraient être à l'affût des recherches en cours et offrir aux jeunes et aux personnes proches aidantes la possibilité d'y participer. Les équipes doivent également s'informer des possibilités de formation auprès des responsables de la recherche et des établissements associés sur la recherche orientée vers les jeunes afin d'y participer et de soutenir la participation des jeunes et de leur famille.

7.1.29 L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication, comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins et services posthospitaliers, la relecture et la reformulation, favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente, les outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisation. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisation. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les personnes proches aidantes de répéter l'information. Les usagers et les personnes proches aidantes ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

Test(s) de conformité

- 7.1.29.1 L'information qui doit être partagée lors des transitions des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins et services, transfert et congé.
- 7.1.29.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.



7.1.29.3 Lors des transitions, les usagers et les personnes proches aidantes reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins et services.

7.1.29.4 L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.

7.1.29.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :

- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
- demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
- évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).

7.1.30 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour orienter les transferts vers des services internes ou externes pour les jeunes et leur famille dans les cas où son offre de services pour les jeunes en difficulté ne permet pas de répondre à leurs besoins anticipés ou réels.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le cas où l'établissement ne peut répondre aux besoins des jeunes et de leur famille, la raison en est expliquée. L'accès à d'autres services, y compris le transfert, est favorisé. L'établissement dispose d'une procédure organisationnelle ou d'un plan de transfert au besoin vers un autre prestataire de services qui assure la continuité des services. Les renseignements sont consignés dans les dossiers santé des jeunes en vue d'être utilisés lors du transfert et dans la planification des services.



7.1.31 L'équipe respecte la volonté du jeune de mettre fin aux services, de les limiter, ou d'être transféré vers un autre prestataire de services pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La prise de décisions partagée au sujet de la transition du jeune a lieu en consultation avec sa famille ou son mandataire, au besoin, et tient compte de la capacité du jeune de prendre des décisions. Les risques de la transition sont discutés avec lui et sa famille, de même que les services 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 jeunes et leur famille qui ont choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Si le jeune ou sa famille 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'établissement, un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour assurer un résultat juste et équitable pour le jeune, sa famille et l'établissement.

7.1.32 L'équipe inclut la planification des étapes de transition dans le plan de soins et services individualisé du jeune.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan de soins et services individualisé, 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 établissements partenaires et aide à préparer les jeunes et leur famille pour la fin des services. La participation des jeunes à la planification de la fin des services permet de s'assurer qu'ils sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition des jeunes, de même que leurs besoins et préférences font partie du plan de soins et services individualisé. La discussion peut comprendre des suivis planifiés, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



7.1.33 L'équipe coordonne les ressources et les suivis appropriés, dans le contexte d'un transfert, selon l'évaluation des besoins des jeunes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La responsabilité entourant les services se poursuit jusqu'à ce que le service ait pris fin ou que le jeune ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre établissement.

Les services de suivi peuvent comprendre les services primaires, à domicile ou en milieu communautaire, ainsi que la réadaptation en milieu externe, les services de counseling psychologique et des recommandations pour des services continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile au jeune 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 jeunes 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.

7.1.34 L'équipe suit la procédure organisationnelle afin d'identifier les jeunes dont le développement ou la sécurité pourrait être compromis à la suite d'un signalement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ce processus consiste à obtenir de l'information auprès du jeune, de membres de sa famille et de différentes ressources le côtoyant, de manière à bien comprendre sa situation et les besoins qui s'en dégagent. L'information est validée et revue. Elle est utilisée pour déterminer si le développement ou la sécurité du jeune sont compromis et si des mesures de protection doivent être mises en place. Le cas échéant, les besoins de protection du jeune et les services ou mesures de protection à mettre en place sont identifiés.

Le processus d'évaluation est adapté, au besoin, pour tenir compte de la langue, de la culture, de la scolarité, de l'identité de genre, du style de vie et d'une déficience physique ou intellectuelle, s'il y a lieu.



7.1.35 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour effectuer un suivi à la suite d'un signalement de violation des droits d'un jeune dont le développement ou la sécurité pourrait être compromis.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe favorise des relations où les jeunes et leur famille sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes. L'établissement fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les jeunes et leur famille peuvent obtenir des conseils ou une consultation. Tout dépôt d'un signalement lié à une violation des droits d'un jeune fait l'objet d'un suivi en temps opportun et, le cas échéant, les mesures d'intervention sont initiées dès que possible.

Les signalements soulevés par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi pris en charge.

7.1.36 L'équipe assure la confidentialité de l'identité des personnes qui font un signalement ainsi que celles qui jouent un rôle dans le processus d'évaluation à la suite du signalement d'un jeune dont le développement ou la sécurité pourrait être compromis.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La protection de la confidentialité s'inscrit selon les limites à ce sujet définies dans la Loi sur la protection de la jeunesse. Les personnes qui signalent des cas dont le développement ou la sécurité pourrait être compromis sont informées sur le processus d'évaluation à la suite d'un signalement et elles seront également informées à savoir si le signalement a été retenu ou non.

7.1.37 L'équipe assure l'évaluation de la situation d'un jeune dont le signalement a été retenu, en temps opportun.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les jeunes dont le développement ou la sécurité pourrait être compromis sont évalués dans le délai prescrit, tel qu'indiqué dans le Manuel de référence de la protection de la jeunesse. Il est décidé rapidement si le jeune a besoin d'être placé sous le régime de protection.

Tous les cas dont le développement ou la sécurité pourrait être compromis sont consignés et signalés aux autorités concernées. Lorsqu'il est déterminé qu'un rapport exige une évaluation exhaustive, un temps de réponse est fixé.

L'échéancier est établi en fonction d'une évaluation initiale de la sécurité du jeune. Des évaluations sont immédiatement menées pour les signalements de jeunes considérés en danger immédiat.

Les enquêtes pour les signalements de jeunes qui ne sont pas considérés en danger immédiat sont menées dans une période jugée acceptable pour assurer le maintien de leur sécurité et pour remplir une évaluation des risques de préjudices futurs. L'échéancier de l'évaluation peut être imposé par la loi et peut varier en fonction du territoire de compétence.

L'équipe du service de la rétention des signalements s'assure que les jeunes dont la sécurité ou le développement est compromis sont dirigés vers le service de l'évaluation et de l'orientation. Dans les cas où le signalement s'avère non fondé, l'équipe peut référer les jeunes et leur famille à d'autres soins et services pouvant répondre à leurs besoins.

7.1.38 L'équipe informe les jeunes et leur famille des raisons justifiant la tenue d'une évaluation à la suite d'un signalement et du processus guidant celle-ci.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'établissement dispose d'une procédure organisationnelle traitant de la conduite d'une évaluation. Les jeunes et leur famille sont informés des procédures pertinentes concernant les dispositions législatives régionales ou territoriales.

7.1.39 L'équipe respecte la procédure organisationnelle sur la tenue d'une évaluation complète qui aborde tous les aspects relatifs à la situation et au milieu de vie du jeune et de sa famille, lorsque le signalement est fondé.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le jeune et sa famille sont évalués au moyen d'une évaluation de la sécurité et des risques appuyée par les meilleures pratiques. Le processus d'évaluation complet s'appuie sur les lignes directrices établies par le Manuel de référence sur la protection de la jeunesse. Des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés pour déterminer le niveau de sécurité du jeune, le risque d'abus et de négligence futurs ainsi que les forces et difficultés présentées par la famille.

Ce repérage au point d'entrée aux services de protection permet de déterminer les mesures de protection volontaires ou judiciairisées nécessaires à mettre en place, selon la situation du jeune, ses ressources et les ressources disponibles dans son milieu de vie. Les outils utilisés sont sensibles aux réalités auxquelles font face les personnes appartenant à des communautés marginalisées et sont appuyés sur des données probantes.

L'équipe respecte les délais prescrits par la procédure organisationnelle pour effectuer l'évaluation approfondie, conformément aux lois et règlements encadrant les services de protection de la jeunesse.

L'équipe s'assure que la personne qui fait le signalement, le jeune, les membres de la famille et les prestataires de soins et services ont la possibilité de fournir leur rétroaction durant l'évaluation.

L'évaluation initiale est effectuée dans un environnement physique rassurant qui promeut le calme. Les méthodes d'évaluation les moins dérangeantes sont utilisées pour obtenir les résultats nécessaires.

7.1.40 L'équipe utilise l'information fournie par les partenaires communautaires dans le cadre de l'évaluation à la suite d'un signalement fondé.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les partenariats avec la police, les écoles et les prestataires de soins et services de santé sont nécessaires afin d'obtenir une évaluation complète des besoins du jeune dont le développement et la sécurité sont compromis. Les partenaires contribuent à la cueillette d'informations. La cueillette d'informations s'appuie sur les meilleures pratiques d'évaluation et sur une approche intégrée.



7.1.41 L'équipe établit les objectifs et les résultats attendus des mesures de protection de la jeunesse fournis en collaboration avec les jeunes et leur famille.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences du jeune, tels que définis dans leur évaluation, sont utilisés pour élaborer les objectifs des soins et services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières du jeune, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres établissements qui offrent des soins et services aux jeunes.

7.1.42 L'équipe s'assure de disposer d'un accès à du counseling et à du soutien émotionnel en lien avec les difficultés propres à la prestation de soins et services pour les jeunes en difficulté.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

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 un 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 enjeux uniques que présente le travail avec les jeunes et leur famille 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 jeune, ont immédiatement accès à du soutien et du counseling.

7.1.43 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour déterminer les mesures de protection à mettre en place pour assurer le développement et la sécurité des jeunes.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les mesures de protection peuvent, par exemple, référer au fait de retirer le jeune de son milieu familial; de confier le jeune à un membre de sa famille, à une famille d'accueil ou à un centre de réadaptation. Les soins et services peuvent découler d'ententes contractuelles ou être offerts par les établissements.

Les procédures organisationnelles sur la prestation de soins et services à l'extérieur du domicile sont conformes aux données probantes, aux pratiques exemplaires et aux lois. À titre d'exemple, il pourrait s'agir de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, de la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents* ou de lois relatives aux personnes vulnérables comme les membres des peuples autochtones, les personnes 2SLGBTQ+, ou les personnes appartenant à des communautés racialisées. Les procédures organisationnelles sont conçues pour réduire les risques et protéger la sécurité et le bien-être du jeune.

Les soins et services offerts à l'extérieur du domicile et les régimes de protection répondent aux besoins du jeune en ce qui concerne la santé et le bien-être, la sécurité et la sécurisation culturelle.

La décision de retirer un jeune de son domicile est prise par un professionnel compétent et est appuyée par l'autorité compétente.

L'équipe inclut des mesures de sécurité dans le plan de soins services individualisé du jeune lorsque des préoccupations en matière de sécurité sont signalées. Le plan de sécurité peut inclure des plans visant à retirer le jeune de son milieu familial. En cas de retrait du jeune de son milieu, un processus est en place pour dédier les ressources et identifier les soins et services nécessaires pour répondre à ses besoins, comme la sécurité alimentaire, l'hébergement et la fourniture de vêtements et d'articles personnels.

- 7.1.44 L'équipe respecte la procédure organisationnelle pour communiquer aux jeunes et à leur famille des informations au sujet de leurs droits lorsqu'ils doivent obtenir des soins et services offerts par le système judiciaire.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les jeunes et leur famille ont de nombreux droits, notamment celui :



- d'être traités avec respect et compassion;
- d'être à l'abri de la maltraitance, de l'exploitation et de la discrimination;
- de recevoir des soins et services sécuritaires par des personnes compétentes;
- de voir leur vie privée et leur confidentialité protégées;
- d'avoir accès à leur plan de soins et services individualisé et aux informations les concernant, et de comprendre la façon dont ces informations sont utilisées;
- de refuser un soin ou un service ou de refuser que certaines personnes participent à leurs soins et services;
- de participer à tous les aspects de leurs soins et services et de faire des choix personnels;
- de choisir une ou plusieurs personnes proches aidantes ou défenseurs des droits et de décider de la façon dont ils participent à leurs soins et services;
- de faire appel d'une décision concernant leurs soins et services ou de déposer une plainte;
- de prendre part ou de refuser de prendre part à des recherches ou à des essais cliniques;
- de maintenir leurs pratiques culturelles;
- de poursuivre leurs convictions spirituelles.

Les responsabilités des jeunes et de leur famille consistent à traiter les autres avec respect, à fournir des informations exactes, à signaler les risques pour la sécurité et à respecter les politiques et procédures organisationnelles.

L'équipe fournit des informations sur les droits et les responsabilités des jeunes et de leur famille avant le début des soins et services et d'une manière régulière.

L'équipe consigne dans le dossier santé du jeune toutes les informations requises portant sur les droits et les responsabilités qui ont été transmises.

Le cadre législatif est respecté en matière de choix et de décisions du jeune, selon son niveau de compromission.

7.1.45 L'équipe assure le placement des jeunes auprès de services externes à leur milieu familial en fonction de leurs besoins en matière de sécurité, de stabilité et de bien-être

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les soins et services à l'extérieur du domicile peuvent comprendre un placement dans la famille élargie – à privilégier –, celui dans une famille d'accueil, ou dans un centre de réadaptation.

Dans la mesure du possible, les jeunes sont placés avec leurs frères et sœurs, avec des membres de la parenté, dans des familles ou dans un établissement offrant un milieu familial et situé à proximité de leur famille et de leur communauté. Les besoins d'accessibilité pour les jeunes ayant un handicap physique sont pris en considération dans le processus de placement. Les facteurs culturels et l'origine ethnique sont une priorité pour déterminer le placement.

Toute l'information recueillie dans le cadre de l'accueil et de l'évaluation est utilisée pour déterminer les services à l'extérieur du domicile qui conviennent le mieux au jeune, comme les besoins psychosociaux, les besoins d'accessibilité pour les jeunes ayant un handicap physique, ainsi que les pratiques culturelles à respecter. Les antécédents de placement sont pris en compte dans la prise de décisions.

7.1.46 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à préparer le jeune et sa famille au retrait de celui-ci de son milieu familial.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La préparation à la séparation du jeune et de sa famille inclut un compte rendu complet de la situation. Les jeunes et leur famille reçoivent l'information, appropriée en fonction de l'âge et de la culture, au sujet des raisons du retrait du jeune et du type de soins et services offerts à l'extérieur du domicile qui sera fourni. Ils reçoivent aussi de l'information sur les ressources qui l'accueilleront.

Pendant la transition, on réduit au minimum les répercussions négatives potentielles sur le jeune et sa famille en aidant celui-ci à déterminer quels objets personnels il aimerait apporter et en recueillant de l'information sur sa routine quotidienne, ses mets et activités préférés, ses soins thérapeutiques ou médicaux, ses pratiques culturelles et son éducation.

La séparation et la perte du droit parental font l'objet d'une discussion avec le jeune et sa famille, qui sont informés de la façon dont ils peuvent demeurer en contact.

S'il y a lieu, les questions liées à la violence familiale, à la violence sexuelle, à la toxicomanie ou à la santé mentale dans la famille font l'objet d'une discussion, et de



l'information sur les services de soutien et les ressources disponibles dans la communauté est offerte.

Quand un jeune est retiré de son domicile, la démarche est effectuée par des professionnels compétents qui ont la formation appropriée et l'autorité légale pour le faire. Tout retrait tient compte des besoins du jeune en matière d'accompagnement.

Conformément aux lois provinciales ou territoriales, les sous-groupes des populations les plus vulnérables, comme les communautés autochtones, les personnes 2SLGBTQ+, ou les personnes appartenant à des communautés racialisées, peuvent demander un avis aux autorités compétentes, si un jeune est retiré de son domicile ou de sa communauté.

7.1.47 L'équipe respecte la procédure organisationnelle visant à réduire au minimum les transitions de placement des jeunes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle est fondée sur des données probantes portant sur les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles. Le processus de placement reflète une planification coordonnée et bien communiquée qui comprend l'offre de soutien et d'information au jeune et à sa famille. Il tient compte de tous les besoins possibles du jeune et de ses antécédents de placement. Quand des changements doivent être apportés au placement, l'équipe doit réagir efficacement, en temps opportun. Le point de vue du jeune est entendu et, tout comme sa famille, il exprime sa perspective.

7.1.48 L'équipe assure l'accès à des services de soutien, de formation et de perfectionnement aux personnes responsables de jeunes en famille d'accueil.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les personnes responsables de jeunes en milieu familial, comme les membres de la famille élargie ou de la famille d'accueil, doivent avoir les compétences et les connaissances pertinentes pour répondre aux besoins des jeunes ayant des besoins psychosociaux complexes.



Les personnes responsables de jeunes en famille d'accueil participent à des sessions de formation et de perfectionnement sur la façon d'évaluer et de comprendre les besoins des jeunes sous leur charge de façon continue et d'établir un rapport positif avec eux. La formation et le perfectionnement visent également le développement de toutes les compétences permettant de répondre aux besoins des jeunes et d'assurer leur bien-être et leur sécurité.

7.1.49 L'équipe collabore avec les ressources d'accueil en matière de protection des jeunes contre les abus de toutes sortes découlant des médias sociaux.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les jeunes peuvent être des victimes plus enclines à la traite de personnes, aux gangs de rue et au commerce de la drogue. L'utilisation d'appareils électroniques et des médias sociaux est un moyen pour les prédateurs et abuseurs de communiquer avec les jeunes et d'exercer une influence sur eux. La stratégie peut comprendre un dialogue avec le jeune et sa famille, sur l'utilisation des appareils électroniques. Le jeune peut être renseigné et habilité, avec le soutien de l'équipe et sans jamais être infantilisé, à prendre de bonnes décisions sur l'utilisation de ses appareils électroniques.

7.1.50 L'équipe évalue l'évolution de la situation des jeunes et de leur famille, sur une base continue, de manière à ajuster les solutions de placement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le fait de ne pas déclarer un changement dans le bien-être ou l'état du jeune ou de tarder à le faire peut constituer un obstacle important à la prestation de soins et services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans le bien-être ou l'état du jeune est rapidement documenté avec exactitude dans son dossier santé et communiqué à tous les membres de l'équipe.

La consignation des progrès du jeune par rapport aux objectifs du plan de soins et services individualisé est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle inclut les membres de sa famille. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique, la discussion avec les membres de la famille et l'observation clinique.

L'équipe réexamine régulièrement la situation relative au placement à l'extérieur du domicile du jeune. Les changements apportés au placement sont favorables pour le



jeune et sa famille et sont faits dans le meilleur intérêt du jeune. Le plan de permanence tient compte du potentiel de croissance de la famille et des besoins de protection et de stabilité du jeune. La capacité de la famille élargie, voire de la communauté, à répondre aux besoins du jeune et de sa famille est aussi prise en considération.

Les changements apportés au placement peuvent comprendre, par exemple, un changement de famille d'accueil pour des raisons consignées au dossier, la transition d'une famille d'accueil vers la famille élargie, le déplacement du jeune plus près de sa communauté ou encore la transition du jeune qui a atteint l'âge de la maturité vers les soins et services pour les adultes.

7.1.51 L'équipe a accès à des activités d'apprentissage continues sur les approches fondées sur des données probantes pour l'utilisation de la mesure de contrôle la moins restrictive.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisation de mesures de contrôle, y compris l'isolement, peut avoir des effets négatifs importants sur le bien-être physique, mental et émotionnel des jeunes, de leur famille et de la main-d'œuvre. L'utilisation d'une approche de mesure de contrôle la moins restrictive favorise des soins et services sécuritaires, compétents et éthiques qui respectent les droits, la dignité et l'autonomie des jeunes.

Les membres de l'équipe ont accès à des activités d'apprentissage continues qui soutiennent l'utilisation d'une approche de mesure de contrôle la moins restrictive, intègrent une approche adaptée aux traumatismes et favorisent une culture sécuritaire et juste. Ces activités comprennent des informations sur les différents types de mesures de contrôle, comment et quand les utiliser, et les risques associés.

7.1.52 L'équipe respecte la procédure organisationnelle portant sur la clôture des dossiers des jeunes suivis dans le cadre des services de protection de la jeunesse.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Le plan de fermeture de dossier commence durant le processus d'accueil. Les jeunes et leur famille y participent.

L'équipe fournit au jeune et à sa famille des stratégies de soutien pour continuer à renforcer leur croissance en tant que famille. Ils peuvent être référés à des services psychosociaux, de réadaptation, d'accompagnement, ou de soutien.

Les plans de suivi après les services en protection de la jeunesse peuvent comprendre l'établissement de liens entre le jeune et sa famille et des partenaires communautaires pertinents du point de vue culturel. Ils peuvent aussi comprendre, à titre d'exemples, un soutien à domicile continu, de l'aide pour la sécurité à domicile et la sécurité alimentaire et du counseling.

Un avis de fermeture de dossier du jeune est fourni aux autorités concernées et à tous les partenaires qui interviennent directement.

7.1.53 L'équipe soutient l'autonomie des jeunes pour faciliter leur transition du milieu des services de protection de la jeunesse vers celui d'autres soins et services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La transition vers l'autonomie est favorisée par une planification précoce, l'enseignement et l'acquisition de compétences pratiques et l'accès aux soins et services durant la transition des jeunes à la suite de la clôture de leur dossier et aussi vers l'âge adulte. Le soutien offert aux jeunes en transition consiste notamment à répondre aux besoins psychosociaux, correspondant à leur âge et à leur situation de vie, et à faciliter la transition vers les soins et services appropriés, tels que ceux de soutien à la santé mentale ou aux dépendances.

7.1.54 L'équipe coordonne les ressources, les suivis et les transferts appropriés, dans le contexte de la transition depuis les services de protection, selon l'évaluation des besoins des jeunes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



La responsabilité entourant les soins et services se poursuit jusqu'à ce que ceux-ci prennent fin et que le dossier soit clos, ou que le jeune ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre établissement.

Les soins et services de suivi peuvent comprendre les soins et services primaires, à domicile ou en milieu communautaire, ainsi que la réadaptation en milieu externe, les services de counseling psychologique et des recommandations pour des services continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile au jeune contribue à ce que ce dernier reçoive les soins et 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 jeunes 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.

7.2 Pratiques transversales

7.2.1 Les équipes s'assurent que l'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les autres options aux soins et services de télésanté pourraient comprendre la visite en personne ou la consultation téléphonique avec un membre de la main-d'œuvre. Les usagers devraient s'attendre à recevoir la même qualité de soins et services, peu importe leur forme.

7.2.2 Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des



procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents sont disponibles sur au point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées. La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :

- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;
- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle.

7.2.3 Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Par exemple, l'établissement peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.

7.2.4 Les équipes s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle ainsi que sur l'importance et la pertinence de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoire. L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les publics cibles. Le style de présentation est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension.

Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres et les écrans dans les salles d'attente.

7.2.5 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique portent sur les moyens de détecter une éclosion, de déterminer sa cause (y compris si elle provient d'aliments contaminés), de recueillir des données ou des échantillons pour trouver d'autres cas, ainsi que de contenir une éclosion dès qu'elle est détectée.

7.2.6 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe responsables de recueillir et de mettre à jour l'information sur les allergies et les réactions indésirables aux médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur sont spécifiés. Les champs d'information relatifs aux allergies des usagers dans le profil et le type de réaction, la gravité et la date à laquelle l'allergie a été identifiée sont consignés.

- 7.2.7 Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il faut consulter le profil de l'utilisateur pour vérifier toutes les « bonnes » conditions de l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.

- 7.2.8 Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux ou à l'efficacité clinique. Les informations pertinentes sont consignées au dossier santé de l'utilisateur. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.

Documents de référence

Agence de la santé publique du Canada. (2022). Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales. Consulté le 2 mars, 2023, à l'adresse :

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales.html>

Agency for Healthcare Research and Quality. (2013). A Resource Toolkit (Une trousse d'outils). Consulté le 3 mai, 2023, à l'adresse :

<https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/resource/nicu/toolkit.html>

Agency for Healthcare Research and Quality. (2017). Warm Handoff : Intervention (Transfert chaleureux : intervention). Consulté le 2 juillet, 2023, à l'adresse : <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-family-engagement/pfprimarycare/interventions/warmhandoff.html>

Allan, B., et Smylie, J. (2015). First Peoples, Second Class Treatment : The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada (Premiers peuples, traitement de seconde classe : Le rôle du racisme dans la santé et le bien-être des Autochtones au Canada). Toronto, Ont. : Wellesley Institute. Consulté le 11 mai, 2023, à l'adresse : <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>

Allworth, S., Lapse, P., Kelly, J. (2008). Technology Solutions to Patient Identification – Report of Review (Solutions technologiques contre les erreurs d'identification des patients - Rapport d'examen). The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Sydney, Australie. Consulté le 2 juillet, 2023, à l'adresse : <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/19794-TechnologyReview1.pdf>

Als, H., McAnulty, G. (2014). The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants (Le programme d'évaluation et de soins individualisés du développement du nouveau-né avec soins maternels kangourous : Soins complets pour les prématurés). Newborn International Federation. Curr Womens Health Rev. 2011 Aug; 7(3): 288–301. <https://doi.org/10.2174/157340411796355216>

Alvarado, K. et al. (2006). Transfer of accountability: transforming shift handover to enhance patient safety (Transfert de responsabilité : transformation du changement de quart pour améliorer la sécurité des usagers). Healthcare Quarterly, vol. 9, numéro spécial, p. 75-79. <https://doi.org/10.12927/hcq.2006.18464>

Ambuel B., Hamlett K.W., Marx C.M., Blumer J.L. (1992). Assessing distress in pediatric intensive care environments: the COMFORT scale (Évaluer le niveau de détresse dans les milieux de soins intensifs en pédiatrie : l'échelle COMFORT). *Journal of Pediatrics Psychology*, vol. 17, p. 95-109. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/17.1.95>

American Medical Association. (2007). The physician's role in medication reconciliation: Issues, strategies, and safety principles (Le rôle du médecin dans le bilan comparatif des médicaments : Questions, stratégies et principes de sécurité). Consulté le 10 juin, 2023, à l'adresse : https://brucelambert.soc.northwestern.edu/book_reviews/med-rec-monograph.pdf

American Medical Directors Association. (2010). Transitions of care in the long-term care continuum clinical practice guideline (Ligne directrice de pratique clinique sur les transitions des soins dans le continuum de soins de longue durée). American Medical Directors Association. Columbia, MD. Consulté le 10 juin, 2023, à l'adresse : <https://paltc.org/products/transitions-care-cpg>

American Society of Hospital Pharmacists - Council on Pharmacy Practice. (2013). ASHP statement on the pharmacist's role in medication reconciliation (Énoncé de l'ASHP sur le rôle du pharmacien dans l'établissement du bilan comparatif). *Am. J. Health. Syst. Pharm.*, vol. 1, p. 453-456. <https://doi.org/10.2146/sp120009>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2014). Transitions des soins. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Toronto, ON. Consulté le 11 mai, 2023, à l'adresse : <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/TransitionsDesSoins-RNAO.pdf>

Association pour la santé publique du Québec. (2021). Grossesse et accouchement – droits des femmes. Consulté le 5 mars, 2023, à l'adresse : <https://aspq.org/nos-outils/depliant-grossesse-et-accouchement-droits-des-femmes/>

Beard, J., Rowell, D., Scott, D., van Beurden, E., Barnett, L., Hughes, K. et Newman, B. (2006). Economic analysis of a community- based falls prevention program (Analyse économique d'un programme communautaire de prévention des chutes). *Public Health*, vol. 120, p. 742-751. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.04.011>

Bergeron N., Dubois M.J., Dumont M., Dial S., Skrobik Y. (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist : evaluation of a new screening tool (Liste de contrôle pour le repérage du délire en soins intensifs: évaluation d'un nouvel outil de repérage). *Intensive Care Medicine*, vol. 27, no 5, p. 859-864. <https://doi.org/10.1007/s001340100909>

Bethesda, M.D. (2011). Institute for Patient- and Family-Centered Care, Partnering with Patients and Families to Enhance Safety and Quality: A Mini Toolkit (Institut pour les soins centrés sur les patients

et les familles, Collaborer avec les patients et les familles pour améliorer la sécurité et la qualité : Une mini boîte à outils). Consulté le 18 avril, 2023, à l'adresse : <https://www.ipfcc.org/resources/Patient-Safety-Toolkit-04.pdf>

Bonapace, J., Gagné, G.P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., Buckley, S., (2018). No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-informed Approach to its Management (Les bases physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement : Une approche de la prise en charge fondée sur des données probantes). Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 40(2), 227-245. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.003>

Bureau du coroner Québec. (2019). Rapport d'enquête 2019-00257 Loi sur les coroners. Pour la protection de la VIE humaine 2019. Consulté le 20 mai, 2023, à l'adresse : https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes_publicques/2019-EP00257-9.pdf

Canadian Association of Critical Care Nurses. (2011). Position Statement: Structure of Critical Care Units (Déclaration de principes: structure des unités de soins intensifs). Dynamics. Summer;22(2): 13-4. PMID: 21710915. Consulté le 12 juin, 2023, à l'adresse: <https://caccn.ca/wp-content/uploads/2019/10/PS201104StructureoftheICU.pdf>

Cargill, Y. & MacKinnon, C. J. (2018). No. 148-Guidelines for Operative Vaginal Birth (Lignes directrices pour l'accouchement par voie vaginale). Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 40 (2), e74-e80. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.11.003>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018). Concepts de bien-être. Consulté le 21 octobre, 2023, à l'adresse : <https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections (Lignes directrices pour la prévention des infections urinaires liées aux catheters). Consulté le 13 avril, 2023, à l'adresse : <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines-H.pdf>

Centre de l'Organisation mondiale de la Santé pour le développement sanitaire. (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons (Un glossaire des termes relatifs aux soins et services de santé communautaires pour les personnes âgées). Consulté le 2 juillet, 2023, à l'adresse : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf

Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Solutions en Matière de Sécurité des Patients (2007). Communication During Patient Handovers (Communication pendant les transferts des patients). Genève, Suisse : Presse de l'OMS. Consulté le 6 juillet, 2023, à l'adresse : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/psf/patient-safety-solutions/patientsafety-solutions-french.pdf?sfvrsn=65ea372a_6



Chant C., Smith O.M., Marshall J.C., Friedrich JO. (2011). Relationship of catheter-associated urinary tract infection to mortality and length of stay in critically ill patients: a systematic review and metaanalysis of observational studies (Relation entre l'infection urinaire associée à un cathéter, la mortalité et la durée du séjour chez les patients gravement malades : revue systématique et méta-analyse d'études d'observation). *Critical Care Medicine*, vol. 39, no 5, p. 1167-1173. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31820a8581>

Cohen, S.R., Sawatzky, R., Russell, L.B., Shahidi, J., Heyland, D.K., et Gadermann, A.M. (2016). Mesure de la qualité de vie des personnes en fin de vie : Le questionnaire sur la qualité de vie de McGill – révisé. *Palliative Medicine*, 31(2). <https://doi.org/10.1177/0269216316659603>

Crane J., (2001) Directives de la SOGC : le déclenchement du travail à terme No. 107. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. Consulté le 2 juin, 2023, à l'adresse : [https://www.jogc.com/article/S0849-5831\(16\)31466-5/pdf](https://www.jogc.com/article/S0849-5831(16)31466-5/pdf)

Critical Care Nutrition. (2013). *Clinical Practice Guidelines and Quality Improvement Toolkits* (Lignes directrices de pratique clinique et outils d'amélioration de la qualité). Consulté le 13 mai, 2023, à l'adresse : <https://www.criticalcarenutrition.com/resources/cpgs/past-guidelines/2013>

Cusimano, M. D., Kwok, J. et Spadafora, K. (2008). Effectiveness of multifaceted fall-prevention programs for the elderly in residential care (Efficacité de programmes de prévention des chutes à volets multiples pour les personnes âgées en contexte de soins en résidence). *Injury Prevention*, vol. 14, 113-122. <https://doi.org/10.1136/ip.2007.017533>

Davidson J.E., Jones C., Bienvenu O.J. (2012). Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family (Réaction de la famille à une maladie grave : syndromes de soins postintensifs associés). *Critical Care Medicine*, vol. 40, no 2, p. 618-624. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>

Dean, B. S., Decker, M. J. Hupp, D., Urbach, A. H., Lewis E., & Benes-Stickle, J. (2008). Condition HELP: A pediatric rapid response team triggered by patients and parents (Condition HELP : Une équipe pédiatrique d'intervention rapide déclenchée par les patients et les parents). *Journal for Healthcare Quality*, vol. 30, no 3, p. 28-31. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2008.tb01139.x>

Devlin J.W., Boleski G., et al. (1999). Motor Activity Assessment Scale: A valid and reliable sedation scale for use with mechanically ventilated patients in an adult surgical intensive care unit (Échelle d'évaluation de l'activité motrice : Une échelle de sédation valide et fiable pour les patients sous ventilation mécanique dans une unité de soins intensifs chirurgicaux pour adultes.). *Critical Care Medicine*, vol. 27, no 7, p. 1271-1275. <https://doi.org/10.1097/00003246-199907000-00008>

Dreyer, T. *Care Transitions: Best Practices and Evidence-based Programs* (Transitions des soins : meilleures pratiques et programmes fondés sur des données probantes) (2014). Center for Healthcare

Research et Transformation. Ann Arbor, MI, 32(5):309-16. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000069>.

E.A. Henneman, S. Cardin (2002). Family-Centered Critical Care: A Practical Approach to Making It Happen (Soins intensifs centrés sur la famille : Une approche pratique pour y parvenir). Critical Care Nurse, vol 22, no 6, p. 12-19. <https://doi.org/10.4037/ccn2002.22.6.12>

Ely E., Margolin R., Francis J., et al. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) (Évaluation du délire chez les patients en état critique : Validation de la méthode d'évaluation de la confusion pour l'unité de soins intensifs (CAM-ICU)). Critical Care Medicine, vol. 29, p. 1370-1379. <https://doi.org/10.1097/00003246-200107000-00012>

Ely E.W., Gautam S., May L., Truman B., Francis J., Margolin R., Dittus B., Speroff T., Bernard G., Sessler C. (2001). A comparison of different sedation scales in the ICU and validation of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) (Comparaison de différentes échelles de sédation en USI et validation de l'échelle de sédation et d'agitation de Richmond (RASS)). American Journal of Respiratory Critical Care Medicine, 163: A954. <https://doi.org/10.1001/jama.289.22.2983>

Family Integrated Care. (2017). Consulté le 20 mai, 2023, à l'adresse: <https://familyintegratedcare.com/about/>

Fancott, C (2011). Interventions and measurement tools related to improving the patient experience through transitions in care : A summary of key literature (Interventions et outils de mesure associés à l'amélioration de l'expérience des usagers par l'intermédiaire des transitions des soins : Un résumé des principales revues). The Change Foundation. Toronto, ON. Consulté le 20 mai, 2023, à l'adresse: https://www.hqontario.ca/Portals/0/modals/qi/en/processmap_pdfs/resources_links/care%20transitions%20literature%20review.pdf

First Nations Health Authority. (2016). #itstartswithme Creating a Climate for Change (#cacomenceavecmeo : Créer un climat propice au changement). Vancouver, C.-B. : Auteur. Consulté le 10 octobre, 2023, à l'adresse : <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf>

Franck L.S., Harris S., Soetenga D., Amling J., Curley M. (2008). The withdrawal assessment tool (WAT-1): Measuring iatrogenic withdrawal symptoms in pediatric critical care (L'outil d'évaluation du sevrage (WAT-1) : Mesure des symptômes de sevrage iatrogènes en soins intensifs pédiatriques). Pediatric Critical Care Medicine, vol 9, no 6, p. 573-580. <https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e31818c8328>

Fraser G.L., Riker R. (2001). Monitoring sedation, agitation, analgesia, and delirium in critically ill adult patients (Surveillance de la sédation, de l'agitation, de l'analgésie et du délire chez les patients adultes en état critique). Critical Care Clinics, vol. 17, p. 1-21. [https://doi.org/10.1016/s0749-0704\(05\)70189-5](https://doi.org/10.1016/s0749-0704(05)70189-5)

Frolic A., Kata A., Kraus P. (2009). Development of a Critical Care Triage Protocol for Pandemic Influenza: Integrating Ethics, Evidence and Effectiveness (Élaboration d'un protocole de triage des soins intensifs pour la grippe pandémique : Intégration de l'éthique, des preuves et de l'efficacité). *Healthcare Quarterly*, vol 12, no 4, p. 54-62. <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21054>

Geerts, W. (2009). Prevention of venous thromboembolism: a key patient safety priority (La prévention de la thromboembolie veineuse : une priorité clé de la sécurité des usagers). *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, vol. 7, Suppl. 1, p. 1-8. <https://doi.org/10.1111/j.1538-7836.2009.03384.x>

Gifford A., P. Spiro (2009). Augmenting critical care capacity during a disaster (Renforcer la capacité de soins intensifs en cas de catastrophe). dans J Geiling, Burns SM, éd. *Fundamental Disaster Management*. 3e éd. Mount Prospect, Illinois : Society of Critical Care Medicine. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2019.06.007>

Gouvernement du Québec. (2024). Plan d'action en périnatalité et en petite enfance. Consulté le 28 mars, 2024, à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-918-37W.pdf>

Gouvernement du Québec. (2022). Programme qualification des jeunes. Consulté le 4 mai 2023, à l'adresse : <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/services-jeunes-difficulte-famille/protection-de-la-jeunesse/programme-de-qualification-des-jeunes>

Gouvernement du Québec. (2018). Services de sage-femme : lieux pour l'accouchement. Consulté le 10 juillet, 2023, à l'adresse : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/services-de-sage-femme/lieux-pour-l-accouchement>

Gouvernement du Québec. (2022). Services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille. Consulté le 3 mai, 2023, à l'adresse : <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/services-jeunes-difficulte-famille/services-proximite-jeunes-difficulte-famille>

Gouvernement du Québec. (2024). Travail en interdisciplinarité - Fiche synthèse à l'intention des intervenantes des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Consulté le 28 mars, 2024, à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-836-15W.pdf>

Gratton R. J., Bazaracai N., Cameron I., Watts N., Brayman C., Gregg H., Twohey R., AlShanteer S., Ryder J. E., Wodrich K., Williams Emily, Guay Amélie, Basso Melanie, David S. Smithson. (2016). Acuity Assessment in Obstetrical Triage (Échelle d'acuité du triage obstétrique). <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2015.12.010>

Health Quality Ontario. (2012). Mitigating the Risks Associated with Multiple IV Infusions: Recommendations Based on a Field Study of Twelve Ontario Hospitals (Atténuer les risques associés aux perfusions intraveineuses multiples : Recommandations fondées sur une étude de terrain menée dans douze hôpitaux de l'Ontario). Consulté le 20 mai, 2023, à l'adresse : https://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/reports/multipleinfusions1b_May.pdf

Health Standards Organization (HSO). (2023). Norme CAN/HSO 13200 :2023 Gestion de la douleur pédiatrique. Consulté le 10 juin, 2023, à l'adresse : <https://healthstandards.org/fr/standard/gestion-de-la-douleur-pediatrique-can-hso-13200-2023-f/>

Healthy Newborn Network. (2019). Helping Babies Breathe (Aider les bébés à respirer). Consulté le 21 mai, 2023, à l'adresse : https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/HBB_Provider-Guide_2016-1.pdf

Hernandez-Aguilar, M.-T., Bartick, M., Schreck, P., Harrel, C. & the Academy of Breastfeeding Medicine. (2018). ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding (Protocole clinique ABM n° 7 : Modèle de politique de maternité en faveur de l'allaitement maternel). 13 (9), 559-574. <https://doi.org/10.1089/bfm.2018.29110.mha>

Institut national de santé publique du Québec. (2011). Décès et deuil périnatal. Consulté le 11 juin, 2023, à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/deuil-pour-accompagner-les-parents.pdf>

Institut national de santé publique du Québec. (2014). Déclenchement du travail. Consulté le 25 avril, 2023, à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/declenchement.pdf>

Institut national de santé publique du Québec. (2024). Mieux vivre avec son enfant. Consulté le 14 juillet, 2023, à l'adresse : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/mieux-vivre/pdf/mieuxvivre2024_guide_complet.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (s.d.). Portail d'information périnatale. Consulté le 16 juin, 2023, à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2006). Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en téléadaptation. Consulté le 12 juillet, 2023, à l'adresse : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/55532>

Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMPC). (2014). Ontario Critical Incident Learning, Multiple IV Infusions: Risks and Recommendations (Leçons apprises à la suite d'un accident critique en Ontario, Infusions intraveineuses multiples : risques et recommandations). Consulté le 27 juin, 2023, à l'adresse : https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCONCIL2014-11_MultipleIV-Infusions.pdf

Institute for Healthcare Improvement. (2012). How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia (Guide pratique : Prévenir la pneumonie sous ventilation mécanique). Cambridge (Mass.). Consulté le 21 mai, 2023, à l'adresse : https://www.mnhospitals.org/Portals/0/Documents/patientsafety/Oral_health/IHI_How_to_prevent_VAP%20.pdf

Institute for Patient and Family-Centered Care. (s.d.). Better Together: Partnering with Families, "Facts and Figures" About Family Presence and Participation (Mieux ensemble : Partenariat avec les familles, "Faits et chiffres" sur la présence et la participation des familles). Page consultée le 19 mai 2023, à l'adresse : <https://www.ipfcc.org/bestpractices/Better-Together-Facts-and-Figures.pdf>

Jefferies, A. L., Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. (2012). Kangaroo care for the preterm infant and family (Soins kangourou pour le prématuré et sa famille). *Paediatrics & Child Health*, 17(3), 141-143. <https://doi.org/10.1093/pch/17.3.141>

Jeffery, J., Hewison, A., Goodwin, L., & Kenyon, S. (2017). Midwives' experiences of performing maternal observations and escalating concerns: a focus group study (Expériences des sages-femmes en matière d'observations maternelles et de remontée des inquiétudes : une étude par groupes de discussion). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 282. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1472-8>

Kahn, S.R., Chen, J.M., Emed J., et al. (2013). Interventions for implementation of thromboprophylaxis in hospitalized medical and surgical patients at risk for venous thromboembolism (Interventions pour la mise en œuvre de la thromboprophylaxie chez des patients hospitalisés, requérant une chirurgie et présentant un risque de thromboembolie). *Cochrane. Database. Syst. Rev.*, vol. 7, CD008201. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008201.pub2>

Kahn, S.R., Lim, W., Dunn, A.S., et al. (2012) Prevention of VTE in nonsurgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (Prévention de la TEV chez les patients sans chirurgie : traitement antithrombotique et prévention de la thrombose, 9e éd.: Collège américain de médecine thoracique Lignes directrices de pratique clinique fondées sur des données probantes). *Chest*, vol. 141 (Suppl.) : e195S-e226S. <https://doi.org/10.1378/chest.11-2296>

Kellams, A., Harrel, C., Omage, S., Gregory, C., Rosen-Carole, C. (2017). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017 (Protocole clinique #3 de l'Académie de médecine de l'allaitement : Alimentation complémentaire chez le nouveau-né allaité à terme et en bonne santé, Révisé en 2017). *Breastfeed Med.*, 12(3). <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29038.ajk>

Klompas M., Branson R., Eichenwald E.C., et al. (2014). Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals: 2014 Update (Stratégies de prévention de la pneumonie sous ventilation mécanique dans les hôpitaux de soins intensifs : mise à jour 2014). *Infection Control Hospital Epidemiology*, vol. 35, no 8, p. 915-936. <https://doi.org/10.1086/677144>

Koch J.D., Kernie S.G. (2011). Protecting the future: neuroprotective strategies in the pediatric intensive care unit (Protéger l'avenir : stratégies de neuroprotection dans l'unité de soins intensifs pédiatriques). *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 23, no 3, p. 275-280. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e3283460584>

- Kriebs, J. M. (2015). Patient safety during induction of labor (Sécurité des patients pendant l'induction du travail). *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 29(2), 130-137. <https://doi.org/10.1097/jpn.0000000000000099>
- Kripalani, S., Jackson, A. T., Schnipper, J. L., et Coleman, E. A. (2007). Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists (Promotion de transition des soins efficaces lors du congé d'hôpital : un examen des principaux points pour les médecins exerçant en milieu hospitalier). *Journal of Hospital Medicine*, vol. 2, p. 314-323. <https://doi.org/10.1002/jhm.228>
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., et Baker, D. W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care (Lacunes dans la communication et le transfert de l'information entre les médecins établis à l'hôpital et les médecins de premier recours : répercussions pour la sécurité des usagers et la continuité des soins). *Journal of the American Medical Association*, vol. 297, p. 831-841. <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>
- Lefebvre, G., Calder, L.A., De Gorter, R., Bowman, C.L., Bell, D., Bow M. (2019). Recommendations From a National Panel on Quality Improvement in Obstetrics (Recommandations d'un groupe national d'amélioration de la qualité en obstétrique). Consulté le 6 mai, 2023, à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216319300866>
- Lewis, S.Z., Diekemper, R., Ornelas, J., Casey, K.R. (2014). Methodologies for the development of CHEST guidelines and expert panel reports (Méthodes d'élaboration des lignes directrices CHEST et des rapports des groupes d'experts). *Chest*, vol 146, no 1, p. 182-192. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0824>
- Liston, R., Sawchuck, D., Young, D. (2018). No. 197b-Fetal Health Surveillance: Intrapartum Consensus Guideline (Surveillance de la santé fœtale : Directive de consensus intra-partum). *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(4), 298-322. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.02.011>
- Local Health Integration Network Collaborative. (2011). Projet provincial d'intégration des initiatives de prévention des chutes : Cadre stratégique et boîte à outils. Local Health Integration Network Collaborative. Consulté le 14 mai, 2023, à l'adresse : https://cdn.ymaws.com/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9/LHIN_report_Cadrestrat%C3%A9giqueetbo%C3%AEte%C3%A0outils_07-07-2011.pdf
- Ludikhuizen J., Smorenburg, S.M., de Rooij, S.E., de Jonge E. (2012). Identification of deteriorating patients on general wards; measurement of vital parameters and potential effectiveness of the Modified Early Warning Score (Identification des patients dont l'état se détériore dans les services généraux ; mesure des paramètres vitaux et efficacité potentielle du Score d'alerte précoce modifié). *Journal of Critical Care*, vol. 27, no 424, articles électroniques 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.01.003>

Lyman, G.H., Khorana, A.A., Lee, A.Y., et al. (2014). Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: american society of clinical oncology clinical practice guideline update (Prophylaxie et traitement de la thromboembolie veineuse chez des patients atteints de cancer: Mise à jour de la ligne directrice relative aux pratiques de la Société américaine d'oncologie clinique). *J. Clin. Oncol.*, vol. 31, 2013, p. 2189-2204. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.7351>

McClave, S.A. et al. (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient (Lignes directrices pour la mise en place et l'évaluation d'un traitement nutritionnel d'appoint chez le patient adulte en phase critique). American Society for Parenteral and Enteral Nutrition and Society of Critical Care Medicine. <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec. Page consultée le 5 mai, 2023, à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-816-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ. Consulté le 22 février, 2024, à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-839-02W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (s.d.). Dépistage néonatal sanguin et urinaire. Consulté le 21 juin, 2023, à l'adresse : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/depistage-neonatal/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). L'initiative des Amis des bébés – Orientations pour la mise en œuvre dans les établissements de santé et de services sociaux. Consulté le 5 mai, 2023, à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-815-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). Manuel de référence sur la protection de la jeunesse. Consulté le 3 février, 2024, à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-838-04.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour le programme-services jeunes en difficulté. Offre de service 2007-2012. Consulté le 5 février, 2024, à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-838-04.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Programme national de santé publique – Pour améliorer la santé de la population du Québec 2015-2025. Gouvernement du Québec, Québec. Page consultée le 15 décembre 2021, à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés - Cadre de référence - Janvier 2019. Cadre de référence. Consulté le 12 juin, 2023,   l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-918-18W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2020-2024. Consulté le 20 juin, 2023,   l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002826/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). Répertoire des guides de planification immobilière, des Centres hospitaliers de soins de courte durée, de l'Unité de soins critiques. Consulté le 22 juillet, 2023,   l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000497/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille. Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022. Consulté le 17 mai, 2023,   l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-839-04W.pdf>

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2009). Stratégie des soins aux malades en phase critique des services ontariens des soins aux malades en phase critique, Surge Capacity Management Toolkit. Consulté le 15 juin, 2023,   l'adresse : https://www.ona.org/wp-content/uploads/mohltc_surgecapacitymanagementtoolkit2-0_200903.pdf

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2023). A-5.01 - Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée. Consulté le 28 avril, 2023, à l'adresse : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/A-5.01>

Modrykamien A.M. (2012). The ICU follow-up clinic: a new paradigm for intensivists (La clinique de suivi des soins intensifs : un nouveau paradigme pour les intensivistes). *Respiratory Care*, vol. 57, no 5. <https://doi.org/10.4187/respcare.01461>.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *Communities in Action : Pathways to Health Equity* (Les communautés en action : Les voies de l'équité en matière de santé). Washington, D.C.: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/24624>

National Center for Injury Prevention and Control. (2015). *Preventing Falls: A Guide to Implementing Effective Community-based Fall Prevention Programs* (Prévention des chutes : guide pour la mise en  uvre de programmes communautaires efficaces de prévention des chutes). 2e  d. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA. Consulté le 10 juillet, 2023, à l'adresse : https://www.cdc.gov/falls/programs/community_prevention.html

National Transitions in Care Coalition. (2010). *Improving Transitions of Care: Findings and Considerations of the "Vision of the National Transitions of Care Coalition"* (Amélioration des

transitions de soins : observations et facteurs majeurs de la vision des transitions des soins de la coalition nationale). Consulté le 19 juin, 2023, à l'adresse : <https://static1.squarespace.com/static/5d48b6eb75823b00016db708/t/5d49bf22bf13a80001bf1812/1565114147124/IssueBriefs.pdf>

Nations Unies. (1989). La Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies. Consulté le 16 février, 2023, à l'adresse :

<https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., et Hirschman, K. B. (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform (L'étendue des soins : l'importance des soins transitionnels dans la réalisation d'une réforme en santé). *Health Affairs (Affaires de la santé)*, vol. 30, p. 746-754. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>

Oliver, D., Killick, S., Even, T., et Willmott, M. (2008). Do falls and falls-injuries in hospital indicate negligent care -- and how big is the risk? A retrospective analysis of the NHS Litigation Authority Database of clinical negligence claims, resulting from falls in hospitals in England 1995 to 2006 (Les chutes et les blessures causées par les chutes indiquent-elles des soins négligents -- quelle est l'ampleur du risque? Analyse rétrospective de la base de données du NHS Litigation Authority des allégations de négligence clinique découlant de chutes dans des hôpitaux en Angleterre de 1995 à 2006. *Quality and Safety in Health Care (revue sur la qualité et la sécurité dans le domaine des soins de santé)*, vol. 17, p. 431-436. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.024703>.

Organisation mondiale de la Santé (2007). Identification des patients. Solutions pour la sécurité des patients. Consulté le 11 juin, 2023, à l'adresse : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/psf/patient-safety-solutions/patientsafety-solutions-french.pdf?sfvrsn=65ea372a_6

Organisation mondiale de la Santé (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age (Rapport mondial de l'OMS sur la prévention des chutes chez les personnes âgées). Consulté le 10 mai, 2023, à l'adresse : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536>

Organisation mondiale de la Santé (2009). Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools (Facteurs humains considérés dans l'examen de la sécurité des patients par rapport aux sujets et aux outils). Consulté le 13 juillet, 2023, à l'adresse : https://www.henrythehand.com/wp-content/uploads/2011/02/human_factors_review.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2009). Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes (Raisons médicales acceptables pour l'utilisation de substituts du lait maternel). Consulté le 6 juillet, 2023, à l'adresse : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69938/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la Santé. (2015). Liste de vérification pour un accouchement sécuritaire. Consultée le 3 avril, 2023, à l'adresse : <https://www.healthcareexcellence.ca/media/3hcplyq3/who-safe-childbirth-checklist-french-final-ua.pdf>



Organisation mondiale de la Santé. (2017). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services (Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les établissements fournissant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés). Consulté le 26 mai, 2023, à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>

Organisation mondiale de la Santé. (2017). Guidance on Ending the Inappropriate Promotion of Foods for Infants and Young Children: Implementation Manual (Manuel de mise en oeuvre: Conseils pour mettre fin à la promotion inappropriée des aliments pour nourrissons et enfants en bas âge). Consulté le 20 avril, 2023, à l'adresse: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260137/9789241513470-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organisation mondiale de la Santé / Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). (2018). Initiative Hôpitaux Amis des Bébé pour les nouveau-nés de faible poids, malades et prématurés. Consulté le 8 avril, 2023, à l'adresse : <https://breastfeedingcanada.ca/wp-content/uploads/2020/05/WHOUNICEF-GuideImplantationIHAB-2018-Fr.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (2017). Soins essentiels précoces pour nouveau-nés selon l'Organisation mondiale de la santé. Consulté le 8 avril, 2023, à l'adresse : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260404/9789290618355-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organisation mondiale de la Santé. (2019). Recovery practices for mental health and well-being (Pratiques de rétablissement pour la santé mentale et le bien-être). Genève, Suisse : Auteur. Consulté le 10 octobre, 2023, à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329602/9789241516747-eng.pdf>

Parisi, L.L. (2003). Patient identification : the foundation for a culture of patient safety (Identification des patients : les principes de base d'une culture de sécurité des usagers). Journal of Nursing Care Quality, vol. 18, p. 73-79. <https://doi.org/10.1097/00001786-200301000-00010>.

Parshuram C.S., Hutchison J., Middaugh K. (2009). Development and initial validation of the Bedside Paediatric Early Warning System score (Développement et validation initiale du score du système d'alerte pédiatrique précoce au chevet du patient). Critical Care, 13:R135. <https://doi.org/10.1186/cc7998>

Patterson, E. S. et Wears, R. L. (2009). Beyond “communication failure” (Au-delà de la panne de communication). Annals of Emergency Medicine, vol. 53, p. 711-712. doi: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.07.014>

Preventing Hospital-Associated Venous Thromboembolism : A Guide for Effective Quality Improvement (Prévention de la thromboembolie veineuse acquise à l'hôpital : Guide pour l'amélioration

efficace de la qualité). (2016). Version 3.3. Préparé par la Society of Hospital Medicine. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD. Consulté le 30 juin, 2023, à l'adresse: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/vteguide.pdf>

Provincial Council for Maternal and Child Health. (2013). Transition des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes. Conseil provincial de santé maternelle et infantile. Toronto, ON. Consulté le 2 juin, 2023, à l'adresse : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-from-youth-to-adult-health-care-services-quality-standard-fr.pdf>

Provincial Council for Maternal and Child Health. (2019). Provincial Council for Maternal and Child Health Safe Administration of Oxytocin Sample Order Set (Exemple de commande pour l'administration sûre de l'ocytocine). Consulté le 16 avril, 2023, à l'adresse : <https://www.pcmch.on.ca/safe-administration-of-oxytocin/>

Rahman A., Hasan R.M., Agarwala R., Martin C., Day A.G., Heyland D.K. (2015). Identifying critically ill patients who will benefit most from nutritional therapy: Further validation of the “modified NUTRIC” nutritional risk assessment tool (Identification des patients gravement malades qui bénéficieront le plus d'une thérapie nutritionnelle : Validation supplémentaire de l'outil d'évaluation du risque nutritionnel "NUTRIC modifié"). Clinical Nutrition. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.01.015>

Schrijvers, G., van Hoorn, A., et Huiskes, N. (2012). The Care Pathway Concept: concepts and theories: an introduction (Le parcours de soins : Notions et theories. Une introduction). International Journal of Integrated Care, 12(6), Article e192. <https://doi.org/10.5334/ijic.812>

Smith H.A., Boyd J., Fuchs D.C., et al. (2011). Diagnosing delirium in critically ill children: Validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (pCAM-ICU) (Diagnostiquer le délire chez les enfants gravement malades : Validité et fiabilité de la méthode d'évaluation de la confusion pédiatrique en unité de soins intensifs (pCAM-ICU)). Critical Care Medicine, vol. 39, p. 150-157. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181feb489>

Society of Critical Care Medicine. (2013). Post-Intensive Care Syndrome (Syndrome post-soins intensifs). Consulté le 16 mars, 2023, à l'adresse : <https://www.sccm.org/MyICUCare/THRIVE/Post-intensive-Care-Syndrome>

Société canadienne de pédiatrie. (2017). Prévention et prise en charge de la douleur chez le nouveau-né. Consulté le 12 mai, 2023, à l'adresse : <https://cps.ca/fr/documents/position/prevention-prise-en-charge-douleur-chez-le-nouveau-ne>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2018). Faciliter le congé du nouveau-né à terme et en santé. Consulté le 8 juin, 2023, à l'adresse: <https://cps.ca/en/documents/position/facilitating-discharge-from-hospital-of-the-healthy-term-infant>

Société Canadienne de pédiatrie. (2019). Programme de réanimation néonatale. Consulté le 24 avril, 2023, à l'adresse : <https://cps.ca/fr/nrp-prn>

Société Canadienne de pédiatrie. (2022). La planification du congé du nouveau-né prématuré. Paediatr Child Health, 27(2): 130. Consulté le 22 juillet, 2023, à l'adresse : <https://cps.ca/fr/documents/position/la-planification-du-conge-du-nouveau-ne-premature>

Starmer, A.J., Sectish, T.C., Simon D.W., et al. (2013). Rates of medical errors and preventable adverse events among hospitalized children following implementation of a resident handoff bundle (Taux d'erreurs médicales et d'événements indésirables évitables chez les enfants hospitalisés à la suite de la mise en œuvre d'un ensemble de processus de transfert de résidents). JAMA , vol. 310, n° 21, p. 2262-2270. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281961>.

Stelfox, H.T., Lane, D., Boyd, J.M., Taylor, S., Perrier L., Straus, S., Zygun, D., Zuege, D.J. (2015). A scoping review of patient discharge from intensive care: opportunities and tools to improve care (Une étude exploratoire sur la sortie des patients des soins intensifs : possibilités et outils pour améliorer les soins). Chest, vol. 147, no 2, p. 317-327. <https://doi.org/10.1378/chest.13-2965>.

The Intensive Care Society (UK). (2009). Levels of Critical Care for Adult Patients (Niveaux de soins intensifs pour les patients adultes). Consulté le 15 juillet, 2023, à l'adresse : <http://www.ics.ac.uk/>

Thirugnanam, S., Pinto, R., Cook, D.J., Geerts, W.H., Fowler, R.A.. (2012) Economic analyses of venous thromboembolism prevention strategies in hospitalized patients: a systematic review (Analyses économiques des stratégies de prévention de la thromboembolie veineuse chez des patients hospitalisés : étude systématique). Critical Care, 16:R43. <https://doi.org/10.1186/cc11241>

Thompson, D.R., Hamilton D.K., Cadenhead, C.D., et al. (2012). Guidelines for intensive care unit design (Lignes directrices pour la conception des unités de soins intensifs). Critical Care Medicine, vol. 40, no 5, p. 1586-1600. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182413bb2>.

Trachtenberg, M. et Ryvicker, M. (2011). Research on transitional care: from hospital to home (Recherche sur les soins transitionnels : de l'hôpital à la maison). Home Healthcare Nurse, vol. 29, p. 645-651. <https://doi.org/10.1097/NHH.0b013e318234175d>.

Turpel-Lafond, M. (2020). In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. (Bien en vue : Remédier au racisme et à la discrimination à l'endroit des Autochtones dans le secteur des soins de santé de la C.-B.). Victoria, C.-B. : BC Ministry of Health. Consulté le 5 juillet, 2023, à l'adresse : https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2021/02/In-Plain-Sight-Data-Report_Dec2020.pdf1_.pdf



University of British Columbia. (2021). Measurement-based care for depression (Soins de la dépression fondés sur la mesure). Consulté le 5 juillet, 2023, à l'adresse :

[https://workingwithdepression.psychiatry.ubc.ca/measurement-based-care/#:~:text=Measurement%2Dbased%20care%20\(MBC\),hemoglobin%20A1c%20when%20treating%20diabetes](https://workingwithdepression.psychiatry.ubc.ca/measurement-based-care/#:~:text=Measurement%2Dbased%20care%20(MBC),hemoglobin%20A1c%20when%20treating%20diabetes)

Warren J., Fromm R.E. Jr, R.A. Orr, et al. (2004). Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients (Lignes directrices pour le transport inter- et intrahospitalier des patients gravement malades). Critical Care Medicine, 32, p. 256-262. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000104917.39204.0>

[A](#)