



ACCREDITATION  
AGRÉMENT  
CANADA

# Santé physique

Manuel d'évaluation

750-03.001.124-QC.19

V:1(FR)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Agrément Canada permet aux Établissements participants, au moyen d'un contrat de licence d'utilisateur final (CLUF), d'accéder et d'utiliser notre propre portail en ligne et notre matériel de propriété exclusive, nécessaires pour permettre aux Établissements participants de participer au programme d'agrément. Le Client peut utiliser le matériel de propriété exclusive et les Renseignements confidentiels d'Agrément Canada uniquement aux fins de l'exécution de ses obligations en vertu du

contrat. Le Client, y compris chaque Établissement participant, doit s'assurer, avant de livrer à Agrément Canada tout matériel de propriété exclusive d'un tiers en vue de son utilisation aux fins de l'exécution du contrat, que le Client ou l'Établissement participant a obtenu les droits appropriés du tiers et s'engage à fournir à Agrément Canada une copie de la licence applicable.

© 2019 Agrément Canada et ses concédants de licence. Tous droits réservés.

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>V</b>
<b>Chapitre 1 : Excellence des services</b> .....	<b>9</b>
1.1 Soins centrés sur les personnes .....	9
1.2 Direction clinique .....	11
1.3 Compétences .....	14
1.4 Aide à la décision.....	22
1.5 Impact sur les résultats .....	24
1.6 Gestion intégrée de la qualité.....	31
1.7 Gestion des risques .....	32
<b>Chapitre 2 : Services des urgences</b> .....	<b>36</b>
2.1 Épisode de soins - Services des urgences .....	36
2.2 Prévention et contrôle des infections - Services des urgences.....	59
2.3 Gestion des médicaments - Services des urgences .....	62
2.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services des urgences.....	65
<b>Chapitre 3 : Unités d'hospitalisation</b> .....	<b>66</b>
3.1 Épisode de soins - Unités d'hospitalisation.....	66
3.2 Prévention et contrôle des infections - Unités d'hospitalisation .....	87
3.3 Gestion des médicaments - Unités d'hospitalisation .....	90
3.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Unités d'hospitalisation.....	93
<b>Chapitre 4 : Services de soins critiques</b> .....	<b>94</b>
4.1 Épisode de soins - Services de soins critiques .....	94
4.2 Prévention et contrôle des infections - Services de soins critiques.....	121
4.3 Gestion des médicaments - Services de soins critiques .....	124
4.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de soins critiques.....	126
<b>Chapitre 5 : Services de néonatalogie</b> .....	<b>128</b>
5.1 Épisode de soins - Services de néonatalogie .....	128
5.2 Prévention et contrôle des infections - Services de néonatalogie.....	150
5.3 Gestion des médicaments - Services de néonatalogie.....	154
5.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de néonatalogie.....	156
<b>Chapitre 6 : Services de pédiatrie</b> .....	<b>157</b>
6.1 Épisode de soins - Services de pédiatrie.....	157
6.2 Prévention et contrôle des infections - Services de pédiatrie .....	176
6.3 Gestion des médicaments - Services de pédiatrie .....	180
6.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de pédiatrie.....	182

<b>Chapitre 7 : Services d'oncologie .....</b>	<b>183</b>
7.1 Épisode de soins - Services d'oncologie.....	183
7.2 Prévention et contrôle des infections - Services d'oncologie .....	214
7.3 Gestion des médicaments - Services d'oncologie.....	217
7.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services d'oncologie .....	220
<b>Chapitre 8 : Services de soins palliatifs et de fin de vie.....</b>	<b>221</b>
8.1 Épisode de soins - Services de soins palliatifs et de fin de vie .....	221
8.2 Prévention et contrôle des infections - Services de soins palliatifs et de fin de vie.....	240
8.3 Gestion des médicaments - Services de soins palliatifs et de fin de vie .....	243
8.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de soins palliatifs et de fin de vie .....	245
<b>Chapitre 9 : Services interventionnels et périchirurgicaux.....</b>	<b>247</b>
9.1 Épisode de soins - Services interventionnels et périchirurgicaux .....	247
9.2 Prévention et contrôle des infections - Services interventionnels et périchirurgicaux.....	273
9.3 Gestion des médicaments - Services interventionnels et périchirurgicaux.....	277
9.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services interventionnels et périchirurgicaux .....	279
<b>Chapitre 10 : Services de soins ambulatoires .....</b>	<b>280</b>
10.1 Épisode de soins - Services de soins ambulatoires .....	280
10.2 Prévention et contrôle des infections - Services de soins ambulatoires.....	293
10.3 Gestion des médicaments - Services de soins ambulatoires.....	297
10.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de soins ambulatoires.....	299
<b>Chapitre 11 : Services d'imagerie et médecine nucléaire .....</b>	<b>300</b>
11.1 Épisode de soins - Services d'imagerie et médecine nucléaire .....	300
11.2 Prévention et contrôle des infections - Services d'imagerie et médecine nucléaire.....	316
11.3 Gestion des médicaments - Services d'imagerie et médecine nucléaire .....	319
11.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services d'imagerie et médecine nucléaire.....	321
<b>Chapitre 12 : Services de dons d'organes (donneurs vivants).....</b>	<b>323</b>
12.1 Épisode de soins - Services de dons d'organes (donneurs vivants) .....	323
12.2 Prévention et contrôle des infections - Services de dons d'organes (donneurs vivants).....	338
12.3 Gestion des médicaments - Services de dons d'organes (donneurs vivants) .....	341
12.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de dons d'organes (donneurs vivants).....	343
<b>Chapitre 13 : Services de dons d'organes (donneurs décédés).....</b>	<b>345</b>
13.1 Épisode de soins - Services de dons d'organes (donneurs décédés).....	345
13.2 Prévention et contrôle des infections - Services de dons d'organes (donneurs décédés) .....	352
13.3 Gestion des médicaments - Services de dons d'organes (donneurs décédés) .....	355
13.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de dons d'organes (donneurs décédés).....	357

<b>Chapitre 14 : Services de transplantation .....</b>	<b>359</b>
14.1 Épisode de soins - Services de transplantation .....	359
14.2 Prévention et contrôle des infections - Services de transplantation.....	375
14.3 Gestion des médicaments - Services de transplantation.....	378
14.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de transplantation .....	381
<b>Chapitre 15 : Services d'activités spécialisées à domicile.....</b>	<b>382</b>
15.1 Épisode de soins - Services d'activités spécialisées à domicile .....	382
15.2 Prévention et contrôle des infections - Services d'activités spécialisées à domicile.....	396
15.3 Gestion des médicaments - Services d'activités spécialisées à domicile.....	399
15.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services d'activités spécialisées à domicile.....	402
<b>Chapitre 16 : Cheminement de l'utilisateur .....</b>	<b>403</b>
16.1 Cheminement de l'utilisateur .....	403
<b>Chapitre 17 : Documents de référence .....</b>	<b>409</b>
<b>Glossaire .....</b>	<b>410</b>

## Avant-propos

### **Le concept de soins centrés sur les personnes dans le cadre du manuel d'évaluation Santé physique**

Agrément Canada tient à souligner à nouveau l'importance de travailler en partenariat avec les usagers et les familles. Comme mentionné dans le Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux<sup>1</sup> publié par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, l'objectif de l'approche de partenariat est de permettre aux usagers et à leurs proches d'exercer une plus grande influence sur leur santé, sur les décisions relatives à leurs soins et à leurs services, ainsi que sur l'organisation des soins et des services et la gouvernance. L'évaluation de l'atteinte de cet objectif s'effectue à travers une multitude de critères que l'on retrouve dans le présent manuel d'évaluation.

Dans le cadre des soins et des services offerts aux usagers d'âge mineur, selon le cadre législatif en place au Québec, Agrément Canada adopte l'approche centrée sur la famille telle que définie par le groupe CanChild; cette approche reconnaît que chaque famille est unique; que la famille est un élément constant dans la vie de l'enfant et qu'elle est l'experte en ce qui concerne les habiletés et les besoins de l'enfant. Les familles travaillent avec les intervenants pour prendre des décisions éclairées sur les services et le soutien requis par l'enfant et l'ensemble de la famille. Dans cette approche, les forces et les besoins de tous les membres de la famille sont pris en compte<sup>2</sup>. L'approche centrée sur la famille doit donc être appliquée aux critères servant à évaluer les soins et services offerts aux usagers d'âge mineur.

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

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

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

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

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

---

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

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

# Manuel d'évaluation: Santé physique

## Introduction

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

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

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

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

Le programme d'agrément offert aux Établissements publics de santé du Québec s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'auto-évaluation réalisée par les équipes cliniques, l'administration de sondages, de même que l'évaluation sur place (visite d'agrément). La visite d'agrément est menée selon une approche par traceur et est effectuée par des pairs, nommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de dégager le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un organisme en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever. Les Établissements ont donc tout intérêt à utiliser ce manuel d'évaluation pour mener efficacement leurs démarches d'auto-évaluation.



## **Mot du ministère de la Santé et des Services sociaux**

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

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

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

# Structure du manuel

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

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

## En quoi consiste ce manuel?

### Normes HSO

Ce manuel décrit les critères applicables au programme-services Santé physique selon les normes HSO suivantes :

- Excellence des services
- Unité d'hospitalisation
- Services de soins critiques
- Services d'oncologie
- Services de soins palliatifs et de fin de vie
- Services interventionnels et périchirurgicaux
- Services de soins ambulatoires
- Services d'imagerie et médecine nucléaire
- Services de dons d'organes-donneurs vivants
- Services de dons d'organes et de tissus-donneurs décédés
- Transplantation d'organes et de tissus
- Soins à domicile
- Leadership
- Prévention et contrôle des infections
- Gestion des médicaments
- Retraitement des dispositifs médicaux

### Dimensions de la qualité

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

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



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



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



**Sécurité** : Assurez ma sécurité



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



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



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



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



**Efficience :** Utilisez les ressources le plus adéquatement possible

## Types de critères

### Pratique organisationnelle requise



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

Dans ce manuel, les POR sont présentées comme suit :

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

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

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

### Critères à priorité élevée



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

### Critères normaux

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

# Chapitre 1 : Excellence des services

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

## 1.1 Soins centrés sur les personnes



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

### Conseils :

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



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

### Conseils :

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

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

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



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

### Conseils :

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

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

Les processus et les activités d'orientation sont documentés.



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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



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

### Conseils :

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

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

## 1.2 Direction clinique

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

### Conseils :

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

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

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

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

### Conseils :

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

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

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

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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

La détermination des ressources nécessaires est un processus collaboratif entre l'équipe et le personnel d'encadrement de l'organisme. Cela comprend des critères pour

déterminer où les ressources sont requises et quels sont les risques potentiels pour l'équipe et les usagers, les lacunes possibles au niveau des services, l'encombrement potentiel des services ou les obstacles éventuels à la prestation des services ou à leur accès.

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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





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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

### 1.3 Compétences



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

**Conseils :**

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

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

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

De la formation et du soutien sur la façon de résoudre les questions d'éthique sont offerts aux membres de l'équipe. Les conflits d'intérêts, les points de vue conflictuels entre les usagers et les familles ou les membres de l'équipe, la décision d'un usager de cesser de recevoir les soins ou de vivre à risque ainsi que les croyances ou les pratiques différentes sont des questions d'ordre d'éthique.



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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

**Tests de conformité :**

- 1.3.7.1** Des instructions et des guides de l'utilisateur sont facilement accessibles en tout temps pour chaque type de pompes à perfusion.
- 1.3.7.2** Une formation initiale et un recyclage professionnel sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont fournis aux membres de l'équipe :

- qui sont nouveaux dans l'organisme ou qui font partie du personnel temporaire et sont nouveaux dans le secteur de services;
- qui reviennent d'un congé prolongé;
- quand l'utilisation d'un nouveau type de pompes à perfusion est instaurée ou quand les pompes à perfusion existantes sont améliorées;
- quand l'évaluation des compétences indique qu'un recyclage professionnel est requis;
- quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une formation ponctuelle est offerte.

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

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

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

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

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

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

**Conseils :**

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

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

**Conseils :**

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



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



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

Des critères pertinents sont utilisés pour déterminer la charge de travail en fonction du milieu et des besoins particuliers des différents secteurs de services (p. ex. heures de travail, nombre de cas, complexité du rôle, complexité des soins, exigences physiques et émotionnelles, nature répétitive des tâches et niveau de responsabilité). Les préférences et la disponibilité du personnel sont aussi prises en compte.

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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



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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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

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

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



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

**Conseils :**

Les cas de violence physique ou verbale qui sont perçus comme étant violents, qui auraient pu mener à de la violence ou qui sont réellement survenus sont déclarés aux



autorités appropriées conformément aux lois applicables et peuvent être notés dans le dossier médical de l'usager selon la nature de l'incident.

## 1.4 Aide à la décision

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

### Conseils :

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

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

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

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

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

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

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

### Conseils :

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

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

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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

La tenue des dossiers peut se faire sur un papier ou électronique. Le processus de surveillance et d'évaluation répond à toutes les lois ou exigences applicables. Le

processus permet d'examiner les cas de non-respect de la vie privée, de même que la justesse et l'efficacité des pratiques.

L'évaluation peut être effectuée sur une base régulière ou irrégulière et porter sur un échantillon de dossiers. Si la tenue de dossiers est électronique, l'évaluation peut être déclenchée par certains événements, comme une activité inhabituelle, une tentative d'extraction de certaines données ou un démasquage de données.

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

**1.5 Impact sur les résultats**



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

Les lignes directrices et les données probantes choisies sont utilisées pour mettre au point des procédures et des protocoles visant à améliorer la prestation des services et à dispenser des soins normalisés aux usagers. Les procédures et les protocoles peuvent accroître la sécurité des usagers, améliorer la collaboration entre les équipes, accroître l'efficacité et minimiser les variations dans la prestation des services. Les points de vue des usagers et des familles sont pris en considération au moment d'évaluer les améliorations. En tant que bénéficiaires des soins, les usagers et les familles sont souvent les mieux placés pour aider à déterminer quelles sont les variations ou les chevauchements inutiles dans les services.

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



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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

De l'information est recueillie pour déterminer les causes des problèmes potentiels et pour trouver des solutions stratégiques. Ces activités peuvent consister à effectuer des vérifications, à parler aux usagers ou aux membres de l'équipe, à surveiller les secteurs

qui présentent des risques, à repérer les interruptions, à participer à des séances d'information sur les mesures de sécurité et à se pencher sur les secteurs pour lesquels la marge d'erreur est grande.

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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

- processus de répétition ou de relecture des diagnostics ou des ordonnances verbales;
- systèmes de vérification de la température de l'eau, particulièrement pour les bains;
- feuilles de suivi normalisées pour les usagers ayant des besoins complexes de gestion des médicaments;
- systèmes d'alerte automatisés pour communiquer les résultats de tests critiques;
- rappels générés par ordinateur pour les analyses de suivi chez les usagers à risque élevé;
- processus de vérification effectué par deux personnes pour les transfusions sanguines;
- double vérification indépendante pour la dispensation et l'administration de médicaments à risques élevés;
- systèmes de codes à barres pour la dispensation, l'étiquetage et l'administration des médicaments;
- logiciel d'aide à la décision pour l'entrée des ordonnances ou la vérification des interactions médicamenteuses;
- systèmes de surveillance de la sécurité pour les équipes des organismes extra-hospitaliers ou pour les usagers dans des milieux à risque élevé;

- protocoles normalisés pour la surveillance des signes vitaux (p. ex., la fréquence cardiaque du fœtus durant le déclenchement artificiel ou l'accélération du travail, ou pendant les accouchements à risque élevé);
- systèmes pour surveiller la température des réfrigérateurs où sont entreposés les vaccins;
- protocoles normalisés concernant l'utilisation des moyens de contention;
- processus normalisés pour le dépistage des allergies aux produits de contraste.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

Les commentaires et les autres formes de renseignements, les observations et l'expérience servent à déterminer les secteurs où effectuer des projets d'amélioration de la qualité et à les placer par ordre de priorité. Cela est fait en ayant recours à un

processus normalisé et fondé sur des critères tels que les besoins exprimés par les usagers et les familles, les résultats signalés par les usagers, les risques, le volume ou les coûts.



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

**Conseils :**

Les indicateurs sont utilisés pour évaluer si les activités entraînent un changement et si ce dernier constitue une amélioration. Les indicateurs sont principalement sélectionnés en fonction de leur pertinence et de leur capacité d'évaluer les progrès avec exactitude. En présence de multiples indicateurs possibles, des critères comme la validité scientifique et la faisabilité sont utilisés pour choisir les indicateurs.

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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

## 1.6 Gestion intégrée de la qualité



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

### Conseils :

Dans une culture de sécurité des usagers, tout le monde est encouragé à déclarer les événements et à tirer des leçons de ceux-ci, y compris pour ce qui est des accidents avec conséquences pour l'utilisateur, des accidents sans conséquence mais ayant touché l'utilisateur et des incidents ou échappées belles. Il est essentiel qu'il y ait un mécanisme de déclaration simple (quelques étapes), clair (ce qui doit être déclaré, la façon de faire la déclaration et la personne à qui la faire), confidentiel et axé sur l'amélioration du système. Les usagers et les familles peuvent signaler les événements différemment que les membres de l'équipe, mais tout le monde doit savoir comment les déclarer. L'information sur le mécanisme de déclaration peut être adaptée aux besoins des membres de l'équipe ou des usagers et peut faire partie de la formation des membres de l'équipe et incluse dans les communications écrites et verbales avec les usagers et les familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.

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

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

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

### Tests de conformité :

- 1.6.1.1 Un mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers est mis au point, examiné et mis à jour avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe; il comprend des processus pour déclarer et analyser les événements, recommander des mesures et assurer le suivi des améliorations.
- 1.6.1.2 L'information est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe pour qu'ils comprennent quels événements déclarer, quand et comment le faire.
- 1.6.1.3 Une formation documentée sur l'intervention immédiate aux événements est en place pour les membres de l'équipe.
- 1.6.1.4 Il existe des procédures pour examiner les événements, et des critères sont utilisés pour établir la priorité des événements qui seront analysés plus en profondeur.
- 1.6.1.5 Toutes les mesures recommandées découlant des analyses des événements sont examinées et les raisons expliquant leur acceptation, leur rejet ou le report de leur mise en œuvre sont consignées.

1.6.1.6 L'information sur les actions recommandées et les améliorations apportées suite aux analyses des événements est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe.

1.6.1.7 L'efficacité du mécanisme de gestion des événements est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Voici des mécanismes d'évaluation possibles.

- Recueillir la rétroaction des usagers, familles et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place.
- Assurer la surveillance des rapports sur les événements en fonction du type d'événement et de sa gravité.
- Examiner si les améliorations sont mises en œuvre et maintenues.
- Déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les événements.

## 1.7 Gestion des risques



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

### Conseils :

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

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

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



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



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

### Conseils :

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

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

Le personnel d'encadrement de l'organisme suit des processus pour surveiller et évaluer la qualité des services contractuels et ceux offerts par des prestataires de services en sous-traitance conformément à l'évaluation des services à l'interne, ce qui inclut le fait de veiller au maintien de la sécurité des usagers, de régler les cas de conflits et de non-respect du code de conduite, des politiques ou des procédures, ainsi que de prendre des mesures à l'égard des possibilités d'amélioration.



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

Selon le degré de risque, la mise à l'essai régulière d'au moins un type d'urgence ou élément du plan est effectuée au moins une fois tous les trois mois, et des exercices d'évacuation annuels ont lieu pour chaque quart de travail. L'horaire et la fréquence des

exercices peuvent dépendre de l'importance du facteur temps ou de la complexité des plans d'urgence. Un emplacement où le roulement est élevé peut avoir besoin d'effectuer des exercices plus fréquemment. Souvent, les horaires de la formation et des exercices peuvent être liés aux dangers saisonniers ou aux événements déclencheurs.

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



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

**Conseils :**

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

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

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

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

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



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

**Conseils :**

Une culture juste encourage les membres des équipes à signaler les incidents liés à la sécurité. Elle favorise un environnement exempt de jugement axé sur l'amélioration des systèmes et sur l'apprentissage découlant des incidents liés à la sécurité des usagers, tout en reconnaissant la responsabilité professionnelle des membres des équipes. Dans une culture juste, le suivi accordé à un incident est équitable, cohérent et favorable — par conséquent, il encourage la déclaration des incidents. Lorsqu'un incident survient

dans une telle culture, celle-ci permet d'étudier les facteurs qui ont contribué à son déclenchement et de discuter des moyens de prévenir qu'un tel incident se reproduise.



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

**Conseils :**

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

Les indicateurs des secteurs de services ou des programmes portent sur l'efficacité de la prestation des services, la capacité de répondre aux besoins, la prestation de soins et de services centrés sur l'utilisateur et la famille, l'expérience vécue par l'utilisateur et les résultats des usagers. En utilisant les données sur leur propre rendement, les équipes sont en mesure de déterminer si elles réalisent leurs buts et leurs objectifs, s'il existe des lacunes en matière de rendement, ainsi que les points à améliorer.



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

**Conseils :**

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

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

## Chapitre 2 : Services des urgences

Le service des urgences dispose des ressources humaines et matérielles pour accueillir des usagers externes dont l'état nécessite une intervention médicale ou chirurgicale immédiate<sup>3</sup>

### 2.1 Épisode de soins - Services des urgences



- 2.1.1 Une orientation sur le milieu de travail particulier qu'est le service des urgences est offerte aux nouveaux membres de l'équipe.

#### Conseils :

L'orientation comprend la nature spécifique du service des urgences; le processus de triage, l'importance d'établir des liens avec les membres d'autres équipes à l'extérieur du service des urgences (p. ex. les services médicaux d'urgence (SMU), les consultants, les services de traumatologie et les autres niveaux de soins); la planification en vue de sinistres ou de situations d'urgence; les protocoles de gestion des volumes élevés et des périodes d'afflux massif au service des urgences, ainsi que les processus de gestion des temps d'attente.

L'orientation comprend également la façon de gérer les risques (p. ex. usagers potentiellement violents ou agressifs, matières dangereuses, usagers ou articles potentiellement contaminés) dans le service des urgences et les circonstances dans lesquelles il faut faire appel aux agences d'application de la loi ou aux services de sécurité.



- 2.1.2 De la formation et du soutien pour travailler auprès d'usagers aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie sont fournis aux membres de l'équipe.

#### Conseils :

La formation favorise des soins efficaces et équitables pour tous les usagers qui se présentent aux urgences.

La formation porte, entre autres, sur la façon de travailler auprès d'usagers qui ont des antécédents de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, qui ont un niveau d'anxiété accru, qui risquent de montrer des signes d'agressivité ou qui font preuve d'agressivité, qui sont susceptibles de comportement autodestructeur, qui se retrouvent aux urgences contre leur volonté; et qui se montrent non coopératifs. Elle inclut également des politiques organisationnelles sur la prise en charge des usagers agressifs ou qui représentent un danger pour eux-mêmes ou autrui, sur les moments où recourir à l'isolement et sur la surveillance des usagers en isolement.










- 2.1.3 Une formation particulière sur la prestation de services de santé d'urgence aux usagers en pédiatrie est fournie à l'équipe.

#### Conseils :

La formation porte sur les besoins uniques des usagers en pédiatrie dont les stades de développement, les valeurs de référence pédiatrique, l'interaction avec les familles, le consentement éclairé, le triage, la réanimation et le maintien artificiel de la vie pour les nourrissons et les enfants, l'ajustement de la dose de médicaments selon le poids, l'utilisation sécuritaire de l'équipement médical de pédiatrie, la gestion de la douleur, les protocoles de soins pour les troubles pédiatriques courants, les protocoles en matière de radiopédiatrie et les mauvais traitements infligés aux enfants et aux jeunes.

<sup>3</sup> Office québécois de la langue française: [http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8870215](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8870215)

-  2.1.4 L'équipe collaborative, composée de consultants et de professionnels de la santé qui acheminent des usagers, travaille avec l'équipe du service des urgences pour coordonner les services et les transferts.
-  2.1.5 La charge de travail est évaluée et les membres de l'équipe sont réaffectés lorsque cela est nécessaire pendant les périodes de volume élevé et les périodes d'afflux massif au service des urgences.
- Conseils :**
- Le processus utilisé pour évaluer la charge de travail et affecter des membres de l'équipe pendant les périodes de volume élevé et les périodes d'afflux massif est surveillé, et les données sont utilisées pour assurer la sécurité des usagers de même qu'une charge de travail équitable.
-   2.1.6 L'accès aux services en temps opportun pour les usagers est coordonné avec d'autres services et équipes à l'intérieur de l'organisme.
- Conseils :**
- Les autres services ou équipes comprennent la médecine, les soins intensifs, les services de chirurgie, les soins ambulatoires, les services d'imagerie diagnostique, les laboratoires, l'imagerie cardiaque et la pharmacie.
-  2.1.7 Les obstacles qui empêchent les usagers, les familles, les prestataires et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder au service des urgences sont cernés et éliminés avec l'apport des usagers et des familles.
- Conseils :**
- Les obstacles qui empêchent d'accéder aux services englobent ce qui suit : la congestion qui résulte d'interruptions dans le cheminement des usagers et le transfert des usagers vers des unités d'hospitalisation, les obstacles physiques et linguistiques, l'absence ou l'inefficacité du protocole de surcapacité, la congestion qui découle d'un volume élevé d'usagers qui se présentent au service des urgences, le transport, les délais de déchargement des ambulances, le détournement d'ambulances en provenance d'autres organismes et le manque de lits d'hospitalisation.
-  2.1.8 Des services d'urgence complets sont fournis en collaboration avec les partenaires.
- Conseils :**
- Les partenaires comprennent les autres partenaires d'intervention d'urgence ainsi que d'autres sources d'acheminement ou de transfert. L'équipe a établi des liens avec des partenaires et communique régulièrement avec eux pour prévoir les demandes de services et faciliter les transitions. Les autres prestataires de services de santé d'urgence peuvent englober les ambulanciers et les répartiteurs d'ambulance, le service d'incendie ou des groupes communautaires.
- Les partenaires autres que ceux qui s'occupent d'interventions d'urgence comprennent les autres services de l'organisme qui acheminent des usagers ainsi que les services de santé primaire. Il y a une collaboration avec ces organismes pour veiller à ce que la transition des soins s'effectue en douceur et en toute sécurité.
-  2.1.9 Des procédures pour le transport des usagers à risques élevés sont établies avec les prestataires de services médicaux d'urgence (SMU).
- Conseils :**
- Le transport efficace vers l'organisme approprié permet de s'assurer que les usagers reçoivent les services au bon endroit et contribue à améliorer leurs résultats. Les



procédures relatives au transport des usagers sont établies avec les partenaires. Cela comprend le fait de donner de la formation et de fournir de l'information aux partenaires au sujet des services offerts par l'organisme, d'établir des protocoles, de communiquer rapidement en présence d'usagers à risques élevés ou de problèmes de santé présumés (p. ex. un traumatisme, un AVC, une lésion cérébrale ou une lésion médullaire), le contournement de plus petits centres, l'utilisation de l'ambulance aérienne et d'outils de dépistage particuliers.



- 2.1.10 Des processus et procédures normalisés sont suivis pour coordonner le transfert entre établissements ou vers d'autres équipes de soins à l'intérieur de l'organisme.

**Conseils :**

Cela peut englober le transfert vers un niveau de soins plus élevé ou vers les services spécialisés d'un organisme et peut être déterminé par l'organisme ou dépendre d'éléments dictés par le problème de santé (p. ex. en cas d'AVC ou si l'on soupçonne une lésion cérébrale ou une lésion médullaire ou un syndrome coronarien aigu).

Les processus visant à améliorer le cheminement des usagers vers d'autres établissements et à l'intérieur de l'organisme peuvent englober une méthode ou un schéma pour l'acheminement des usagers, une analyse des séries chronologiques afin de prévoir les ressources nécessaires dans les unités d'hospitalisation en raison des admissions au service des urgences, ou un protocole sur la pleine capacité du service des urgences pour faciliter l'admission des usagers gardés au service des urgences en attendant qu'un lit soit mis à leur disposition.



- 2.1.11 La planification des congés est effectuée avec d'autres services et programmes de soins de santé et elle comprend l'information au sujet des acheminements.

**Conseils :**

Les autres services et programmes de soins de santé peuvent comprendre les soins de santé en milieu communautaire ou les programmes de services sociaux.



- 2.1.12 Des protocoles sont en place pour déterminer et gérer les périodes de congestion et d'afflux massif au service des urgences.

**Conseils :**

Des protocoles sont accessibles pour les périodes de congestion et d'afflux massif et ils sont suivis par l'équipe. Les protocoles précisent à quel moment il faut y avoir recours (p. ex. le ratio usagers/équipe ou le seuil établi pour le temps d'attente des usagers), les protocoles de dotation, quand communiquer avec d'autres équipes à l'intérieur de l'organisme et quand communiquer avec les partenaires de l'extérieur de l'organisme.

Les protocoles sont élaborés en partenariat avec d'autres équipes et des partenaires de la communauté, et ils s'harmonisent avec le plan en vue de sinistres et d'urgence de l'organisme.



- 2.1.13 Des protocoles pour déplacer les usagers ailleurs dans l'organisme pendant les périodes de congestion sont suivis par l'équipe.

**Conseils :**

En plus de limiter l'accès aux soins appropriés en temps opportun, la congestion du service des urgences constitue un risque pour la sécurité. En cas de congestion les protocoles établis sont suivis pour ce qui est d'améliorer l'utilisation des services d'hospitalisation et de transférer le bon usager dans le bon lit à l'intérieur d'un délai approprié grâce à des ententes de transfert avec d'autres secteurs de l'organisme. Les usagers qui ont besoin d'un autre niveau de soins sont identifiés et transférés, y compris

pour ce qui est des soins pour malades chroniques, des soins complexes pour malades chroniques, des soins de transition, des soins de répit et des soins palliatifs.



- 2.1.14 Les protocoles établis pour la gestion des cas sont suivis lorsque les lits d'hospitalisation ne sont pas disponibles.

**Conseils :**

Les protocoles varient en fonction du type et de la taille de l'organisme, de la communauté desservie et des autres ressources mises à la disposition des usagers. D'autres possibilités peuvent être étudiées en ce qui concerne l'acheminement ou les services, p. ex. transférer des usagers vers un autre hôpital ou déterminer si un usager est prêt à demeurer au service des urgences si le transfert vers d'autres services de santé ou programmes n'est pas possible.



- 2.1.15 Les protocoles pour gérer les périodes de congestion et d'afflux massif sont suivis avant de faire appel à d'autres établissements de santé ou de détourner des ambulances.

**Conseils :**

Faire appel à d'autres établissements de santé pourrait être une option lorsque la capacité d'un organisme est dépassée. Des protocoles relatifs à l'accès à l'aide d'autres établissements de santé ou au détournement d'ambulance sont établis et suivis.

Les protocoles sont souvent établis par l'autorité sanitaire de la région où est situé l'organisme.



- 2.1.16 Les entrées du service des urgences sont clairement indiquées et accessibles.

**Conseils :**

Le service des urgences est identifié grâce à une signalisation appropriée. Cela peut inclure des panneaux contenant un « H » affiché sur les routes principales, des indications claires permettant aux usagers ambulatoires, aux véhicules d'urgence et aux personnes qui arrivent à bord de leur véhicule de se rendre au service des urgences ou à l'hôpital, des affiches claires dans l'hôpital qui indiquent où se trouve le service des urgences ou un médecin sur appel en tout temps, et une indication claire de l'emplacement de l'hélicoptère dans le cas des hôpitaux qui ont recours aux services médicaux d'urgence aériens.



- 2.1.17 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.

**Conseils :**

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



- 2.1.18 Des salles d'isolement ou des espaces privés et sécuritaires sont disponibles pour les usagers.

**Conseils :**

Les salles d'isolement ou espaces privés et sécuritaires servent uniquement à des interventions à court terme, pour protéger les usagers ou autres personnes présentes au service des urgences. Ils peuvent servir lorsque des usagers qui se présentent aux urgences font preuve d'agressivité verbale ou physique, sont en proie à une grande anxiété, sont en détresse ou ont des comportements autodestructeurs, ou encore se trouvent dans une situation qui exige un niveau de sécurité ou d'intimité accru (p. ex. s'ils sont conduits au service des urgences par des services chargés de l'application de la loi).

Les salles d'isolement ou espaces privés et sécuritaires sont conçus à cette fin et sont conformes aux lignes directrices pertinentes. Ils sont confortables, sûrs et surveillés afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur.



- 2.1.19 L'équipement, les fournitures et les articles d'urgence et de réanimation avancée sont présents dans la pièce où l'on effectue des procédures de sédation.



- 2.1.20 La vie privée des usagers est respectée pendant l'admission.

**Conseils :**

Il arrive souvent que les usagers divulguent des renseignements personnels pendant l'admission, par exemple la raison pour laquelle ils se présentent au service des urgences. Il est important que l'équipe respecte la vie privée des usagers pendant ce processus.



- 2.1.21 Tous les usagers qui se présentent au service des urgences sont évalués.

**Conseils :**

Le processus d'évaluation comprend une méthode permettant d'effectuer le triage des usagers par niveau d'urgence et d'acheminer les usagers dont les besoins sont moins urgents vers les salles d'attente ou vers d'autres secteurs ou niveaux de soins comme les cliniques de soins d'urgence mineure. Des processus sont aussi en place pour les usagers qui présentent des symptômes particuliers ou qui subissent une analyse au point de service et qui exigent un diagnostic rapide.



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

**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, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'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 famille.

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

#### Tests de conformité :

**2.1.22.1** 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 familles.



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

#### Conseils :

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

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



2.1.24 Les usagers acheminés par les services médicaux d'urgence (SMU) sont pris en charge et des évaluations initiales sont effectuées et consignées en temps opportun par une infirmière ou un autre professionnel médical.

#### Conseils :

En général, la prise en charge des usagers acheminés par les services médicaux d'urgence est réalisée par une infirmière du service des urgences; cependant, il se peut aussi que cela soit fait par d'autres membres du personnel médical tels que les ambulanciers paramédicaux.



2.1.25 Les renseignements sur l'utilisateur qui s'avèrent pertinents sont transférés en collaboration avec les services médicaux d'urgence (SMU).

#### Conseils :

Le transfert efficace des renseignements sur l'utilisateur englobe le fait de fournir l'information nécessaire aux SMU et d'obtenir des renseignements complets sur l'utilisateur au moment de son arrivée dans l'organisme. Les renseignements préhospitaliers pertinents peuvent inclure les catégories de triage proposées ou les catégories prioritaires, une évaluation de base ou plus poussée, les directives d'un médecin, les ordonnances spécifiques aux usagers, les antécédents de l'utilisateur, les dossiers, les notes d'évolution ou des rapports verbaux, des conseils téléphoniques, les questions d'ordre médico-légales comme les cas référés aux services policiers (p. ex. les indications de violence conjugale ou d'abus, les morsures d'animaux), le consentement au traitement, les usagers amenés sans leur consentement, le refus de certains usagers, le retrait des moyens de maintien de la vie, les personnes qui sont déjà décédées à leur arrivée, la confidentialité des renseignements, la sécurité et la sûreté de l'identification de l'utilisateur ainsi que de ses biens et de ses effets personnels.



- 2.1.26 L'équipement et les fournitures qui sont appropriés aux usagers en pédiatrie sont disponibles et accessibles.

**Conseils :**

L'équipement et les fournitures de dimension standard sont habituellement inappropriés pour les usagers en pédiatrie. Les fournitures et l'équipement pertinents de dimensions appropriées pour les nouveau-nés et les usagers en pédiatrie peuvent être fournis dans le service des urgences ou partagés avec d'autres services d'hospitalisation (p. ex. service de pédiatrie, pouponnière).



- 2.1.27 Un outil normalisé est utilisé pour effectuer l'évaluation de triage.

**Conseils :**

L'évaluation de triage est utilisée pour définir les besoins de l'utilisateur et améliorer l'accès aux soins et aux services d'urgence en temps opportun. Si plusieurs usagers attendent d'être évalués, une évaluation de triage visuelle peut être effectuée.



- 2.1.28 Un outil normalisé propre à l'urgence pédiatrique est utilisé afin d'effectuer le triage des usagers en pédiatrie.



- 2.1.29 Une évaluation de triage est effectuée pour chaque usager, en partenariat avec l'utilisateur et la famille, à l'intérieur des délais établis et les résultats sont consignés.

**Conseils :**

Les usagers reçoivent une évaluation au triage, peu importe la façon dont ils se sont présentés au service des urgences.



- 2.1.30 Un triage est effectué pour chaque usager en pédiatrie, en partenariat avec l'utilisateur et la famille, dans les délais établis.



- 2.1.31 Après l'évaluation de triage initiale, les usagers qui sont en attente sont informés du membre de l'équipe à avertir si leur état change.



- 2.1.32 Une communication régulière est assurée avec les usagers qui sont en attente.



- 2.1.33 Les usagers qui sont en attente aux urgences sont surveillés afin de déceler toute détérioration de leur état et sont réévalués s'il y a lieu.

**Conseils :**

L'état des usagers qui semble stable au départ peut se détériorer à mesure que la maladie progresse. Tous les usagers sont réévalués (p. ex. les usagers dans les corridors, les salles d'attente, la zone d'arrivée des ambulances) conformément à la politique, et des responsabilités précises sont définies pour tous les membres de l'équipe pour la réévaluation. Le processus de l'équipe comprend l'évaluation des délais de réévaluation et l'établissement de buts fondés sur les lignes directrices de réévaluation établies.

Dans la mesure du possible, les salles d'attente sont constamment surveillées. Si cela n'est pas possible, un processus est mis en place, avec l'apport des usagers et des familles, pour surveiller et évaluer régulièrement les usagers qui sont en attente aux urgences et pour consigner les notes à leur sujet.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

Divers niveaux et types de renseignements sont offerts à différentes étapes de la prestation des soins pour répondre aux besoins et aux souhaits de l'usager quand cela



- est possible. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission (p. ex., les sujets graves exigent une approche plus structurée).
- 2.1.39 L'équipe s'assure que l'utilisateur et la famille comprennent bien l'information concernant les soins.

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

quand leur vie est menacée ou que leur état est urgent et exige une réanimation immédiate.



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

**Conseils :**

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

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

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



- 2.1.44 Une politique et un processus sont en place pour gérer les questions d'ordre médico-légal au service des urgences.

**Conseils :**

De la formation est offerte aux membres de l'équipe du service des urgences sur la détermination et la gestion des questions d'ordre médico-légal comme les cas référés aux services policiers (p. ex. les indications de violence conjugale ou d'abus, les indications de crime violent, les blessures par balle); le consentement au traitement; les usagers amenés sans leur consentement; le refus des usagers; le retrait des moyens de maintien de la vie; les usagers qui sont déjà décédés à leur arrivée; ainsi que la sécurité, la sûreté et la confidentialité de l'identité de l'utilisateur.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

Les questions d'éthique sont soulevées quand des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être très graves, il peut s'agir de question de vie ou de mort ou de questions liées aux activités



quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre à risque, le triage des membres de la communauté durant une situation d'urgence, les demandes de retrait de certains services spécifiques ou la fin des services, dont les services de soutien et de maintien artificiel de la vie, et les soins en fin de vie, en sont des exemples.

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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

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



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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent :

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

Les éléments relatifs à la santé psychosociale comprennent :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et des aidants naturels;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que 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 socio-économique;
- les croyances et les besoins d'ordre culturel et spirituel.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider l'équipe à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils

d'évaluation normalisés comporte des avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont une meilleure efficacité, une collecte de renseignements d'une plus grande exactitude, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

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



- 2.1.54 En partenariat avec les usagers, familles ou soignants (selon le cas), le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour les usagers que l'on décide d'admettre et il peut être achevé à l'unité où les usagers sont acheminés.

**Conseils :**

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

**Tests de conformité :**

- 2.1.54.1 L'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour tous les usagers que l'on décide d'admettre. Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le soignant et consigné. Le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments peut commencer au service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'utilisateur.



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

**Conseils :**

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

**Tests de conformité :**

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



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

**Conseils :**

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

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

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



- 2.1.57 Les options et les préférences en matière de gestion de la douleur sont passées en revue avec l'utilisateur.

**Conseils :**

L'équipe discute des options appropriées avec l'utilisateur et lui donne l'occasion de choisir celle qu'il préfère pour gérer sa douleur. Pour soulager la douleur, on peut notamment avoir recours à des analgésiques, y compris à des opioïdes, pouvant être combinés à des traitements adjuvants, des interventions comportementales, psychologiques ou physiques. L'équipe consulte des spécialistes et se sert des travaux de recherche et des données probantes afin de comprendre quelles sont les meilleures méthodes de soulagement de la douleur.

L'équipe offre aussi à l'utilisateur de l'information sur la façon de gérer sa douleur après son congé.



- 2.1.58 Un accès prioritaire aux services de diagnostic et aux analyses de laboratoire, de même qu'aux résultats, est disponible en tout temps.

**Conseils :**

Selon les ressources de l'organisme, il se peut que l'accès en tout temps aux épreuves diagnostiques, aux analyses de laboratoire et aux résultats soit limité aux circonstances où la vie est menacée, et qu'il soit assuré par le personnel de garde. Un accès efficace, qui accorde la priorité aux besoins des usagers tout en tenant compte des réalités organisationnelles (p. ex. heures d'ouverture, dotation, moment où on fait appel aux services) est assuré.

Les services de diagnostic ou de laboratoire auxquels l'équipe a accès peuvent se situer dans l'établissement ou être obtenus auprès d'un organisme avec lequel un partenariat est établi. Dans le cas où ces services ne sont pas obtenus sur place, l'organisme dispose d'un processus qui en facilite l'accès.

Des protocoles d'accès sont établis; ils décrivent notamment à quels tests et états accorder la priorité selon le degré de gravité.



- 2.1.59 Des protocoles fondés sur des données probantes sont utilisés pour choisir les services d'imagerie diagnostique utilisés pour les usagers en pédiatrie.

**Conseils :**

L'utilisation inappropriée de l'imagerie diagnostique peut accroître les coûts et exposer les usagers en pédiatrie à des radiations inutiles. L'équipe est encouragée à collaborer avec les services d'imagerie diagnostique dans l'élaboration de protocoles fondés sur des données probantes dans ce domaine.



- 2.1.60 Il est possible d'avoir accès aux médicaments d'urgence et au personnel de la pharmacie en tout temps.

**Conseils :**

Il est possible d'avoir accès au personnel de la pharmacie dans l'organisme ou par le biais d'un partenariat avec un autre organisme. Les consultations peuvent avoir lieu grâce à la télémédecine ou en accédant au personnel de garde. Quand les services de consultation ne sont pas offerts sur place, l'organisme dispose d'un processus pour en faciliter l'accès.



- 2.1.61 Un accès prioritaire aux services de consultation est disponible, et ce, en tout temps.

**Conseils :**

Il est possible de consulter des spécialistes ou des professionnels paramédicaux à l'intérieur de l'organisme ou par le biais d'un partenariat avec un autre organisme. Les consultations peuvent avoir lieu grâce à la télémédecine ou en accédant au personnel de garde. Quand les services de consultation ne sont pas offerts sur place, l'organisme dispose d'un processus pour en faciliter l'accès.

Des protocoles d'accès aux services de consultation et de détermination des états qui ont la priorité selon leur degré de gravité sont établis avec d'autres équipes.



- 2.1.62 Un accès en temps opportun aux spécialistes ayant de l'expertise en santé pédiatrique est offert.

**Conseils :**

Les spécialistes ayant de l'expertise en santé pédiatrique peuvent inclure les pédiatres, les médecins au service des urgences pédiatriques, les radiologistes en imagerie pédiatrique et les chirurgiens pédiatres. L'accès aux spécialistes peut s'effectuer au sein de l'établissement ou au moyen de technologies virtuelles comme la télésanté.



- 2.1.63 Un processus est suivi pour communiquer et valider les diagnostics des usagers lorsqu'il y a divergence entre le diagnostic initial et les résultats des épreuves diagnostiques ou des analyses de laboratoire.

**Conseils :**

Le processus pour communiquer le diagnostic aux usagers lorsqu'il y a divergence, modification ou erreur par rapport au diagnostic initial, est établi avec d'autres équipes. Ce processus décrit qui est responsable de communiquer avec l'utilisateur ou la famille en temps opportun et les étapes à venir.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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



- 2.1.68 Des protocoles et des politiques sont établis pour le don d'organes et de tissus.

**Conseils :**

Les politiques portent, entre autres, sur l'identification des donneurs potentiels, la façon d'aborder la famille d'un donneur potentiel, la vérification du registre des donneurs et sur la collaboration avec un organisme de dons d'organes (ODO).



- 2.1.69 Une politique est en place sur le diagnostic de décès neurologique (DDN).

**Conseils :**

La politique relative au diagnostic de décès neurologique (DDN) comprend une définition du DDN et les analyses nécessaires pour établir le DDN. Elle précise qui possède les qualifications nécessaires pour établir le DDN et comporte des cadres éthiques sur le DDN (p. ex. les médecins qui établissent le DDN ne doivent avoir aucun lien avec le processus de transplantation).



- 2.1.70 Une politique est en place pour le transfert des donneurs d'organes potentiels vers un autre niveau de soins une fois qu'ils ont été identifiés.

**Conseils :**

Il importe que les donneurs d'organes potentiels soient déplacés vers un autre niveau de soins pour que d'autres usagers puissent accéder au service des urgences. Les échéanciers relatifs au transfert des donneurs d'organes et de tissus potentiels sont

établis avec les autres secteurs de soins (p. ex. soins intensifs, centre de prélèvement des organes ou équipe de prélèvement des tissus). L'équipe du service des urgences collabore avec d'autres secteurs de soins de l'organisme pour que les transferts de soins se déroulent bien et efficacement.



- 2.1.71 Des facteurs cliniques susceptibles de mener à un acheminement sont établis pour identifier les donneurs d'organes et de tissus potentiels.

**Conseils :**

Des facteurs cliniques susceptibles de mener à un acheminement qui définissent les critères de la mort imminente sont établis. Dans le cas des dons d'organes, ces facteurs cliniques tiennent compte des usagers exigeant une ventilation mécanique; ceux ayant des résultats cliniques correspondant à un niveau de coma inférieur ou égal au seuil convenu de l'échelle de Glasgow; qui sont évalués pour déterminer s'il y a diagnostic de décès neurologique; pour lesquels il y a eu retrait des moyens de maintien artificiel de la vie prescrit par un médecin ou chez qui il y a absence de réflexes du tronc cérébral. Dans le cas des dons de tissus, ces facteurs tiennent compte des usagers de moins de 85 ans avec un diagnostic de décès cardiaque.



- 2.1.72 De la formation et du perfectionnement sont fournis à l'équipe sur le don d'organes et de tissus ainsi que sur le rôle de l'organisme et du service des urgences.

**Conseils :**

La formation porte notamment sur le rôle de l'équipe du service des urgences à l'égard du don d'organes et de tissus. Le rôle de l'équipe varie selon le type et la taille de l'organisme, de même qu'en fonction des services offerts aux urgences. La formation et le perfectionnement comprennent de l'information sur la définition de mort imminente, sur l'utilisation des facteurs cliniques susceptibles de mener à un acheminement, et sur les personnes à joindre en cas de possibilités de don d'organes et de tissus. Les membres de l'équipe (p. ex. infirmières, médecins ou inhalothérapeutes) sont informés du moment et de la façon de faire des acheminements vers les médecins qui possèdent les qualifications requises pour déterminer le décès neurologique ou de rejoindre des services relatifs au don d'organes et de tissus comme un organisme de dons d'organes (ODO).



- 2.1.73 De la formation et du perfectionnement sur la façon de soutenir et d'informer les familles de donneurs d'organes et de tissus potentiels sont fournis à l'équipe, avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

La formation et le perfectionnement comprennent de l'information sur le respect de la culture et des croyances de la famille lorsqu'il est question de don d'organes et de tissus, sur les personnes les plus appropriées et qualifiées pour aborder les familles des donneurs potentiels, les méthodes permettant de discuter de don d'organes et de tissus (p. ex. une approche de type découplage), les autres personnes qui doivent prendre part à la discussion avec la famille (p. ex. un travailleur social, une personne offrant un soutien spirituel ou un représentant d'un organisme de dons d'organes (ODO)).




- 2.1.74 Quand le décès de donneurs potentiels est imminent ou établi, la banque de tissus ou un organisme de dons d'organes (ODO) est informé sans délai.

**Conseils :**

Le fait d'informer rapidement un organisme de dons d'organes (ODO) des donneurs potentiels augmente la probabilité du don d'organes et de tissus.


Dans de nombreuses provinces et territoires, les lois précisent les procédures à suivre quand le décès est imminent.


Dans ces territoires de compétences, la loi exige que le ODO soit informé au décès d'un usager ou à la détermination d'un diagnostic de décès neurologique (DDN) par un médecin.

-  2.1.75 Tous les aspects du processus de don sont consignés au dossier de l'usager, y compris la décision de la famille au sujet du don d'organes et de tissus.

**Conseils :**


Le dossier de l'usager indique qu'il a été identifié en tant que donneur potentiel, qu'on s'est adressé à la famille au sujet du don, qu'on a communiqué avec un organisme de dons d'organes (ODO) ainsi que la décision qui a été prise relativement au don d'organes et de tissus.

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

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



**Conseils :**

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

-  2.1.78 Une procédure bien établie, telle que le recours aux bracelets, est utilisée pour identifier les usagers du service des urgences.



**Conseils :**

Le processus peut englober le fait de fournir un brassard à tous les usagers ou de déterminer quels usagers doivent en porter un.

-   2.1.79 Les rôles et responsabilités assignés sont respectés durant la réanimation des usagers.

**Conseils :**



Les rôles et les responsabilités, y compris en ce qui concerne le leadership, sont compris par tous les membres de l'équipe, ce qui leur permet de travailler et de communiquer de manière efficace en équipe pendant la réanimation.

-   2.1.80 Les usagers qui ont une maladie infectieuse ou chez qui l'on soupçonne une maladie infectieuse sont identifiés, isolés et pris en charge.

-   2.1.81 Les usagers qui ont reçu des sédatifs ou des narcotiques sont surveillés.

**Conseils :**

Un protocole est suivi pour surveiller et consigner l'état des usagers qui ont reçu des sédatifs ou des narcotiques pendant leur séjour au service des urgences.

-   2.1.82 De l'information concernant les doses de médicaments pour les usagers en pédiatrie est disponible et accessible pour l'équipe.

**Conseils :**

Les références validées et approuvées en matière de doses de médicaments pour les usagers en pédiatrie sont facilement accessibles à l'équipe, et ce, dans le but de réduire les erreurs de prescription liées aux ajustements incorrects des doses selon le poids.





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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

L'enseignement qui favorise la responsabilisation et aide les usagers à gérer eux-mêmes une maladie chronique peut comprendre la planification de mesures, l'imitation de comportement, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation, les techniques de gestion des symptômes, des facteurs de risque, de la fatigue et du sommeil, l'utilisation des

médicaments, la gestion des émotions, les changements sur le plan de la cognition et de la mémoire, la formation en communication avec des professionnels de la santé et d'autres personnes, ainsi que la résolution de problèmes et la prise de décisions liées à des questions de santé.

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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

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

**Tests de conformité :**

- 2.1.89.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement: admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 2.1.89.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 2.1.89.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 2.1.89.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 2.1.89.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
  - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
  - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).



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

**Conseils :**

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

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



- 2.1.91 L'information obtenue auprès des services médicaux d'urgence (SMU), ainsi que par le biais des processus de triage, d'évaluation et d'admission est transmise aux prestataires de services du prochain milieu de soins.



- 2.1.92 Des guides de pratique clinique sont utilisés pour déterminer si un usager peut être transféré à un autre niveau de soins.

**Conseils :**

Il peut s'agir d'un transfert à l'intérieur de l'organisme ou vers un autre organisme.

Les guides de pratique peuvent inclure divers protocoles adaptés à des populations ou des problèmes de santé (p. ex. les soins post-sédation, la sédation procédurale, les personnes âgées fragiles). Ils comprennent aussi une vérification de critères tels que le contrôle de la douleur, de la nausée ou des vomissements, ainsi que le caractère approprié et la sûreté de l'endroit où l'utilisateur sera acheminé. Les guides de pratique englobent aussi l'information relative au transfert des usagers qui ne sont pas stables et sur les exigences pendant le transfert (p. ex. le monitoring pendant le transfert,

l'équipement nécessaire au transfert, les membres de l'équipe qui doivent être présents pendant le transfert et l'évaluation préalable au transfert).



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

S'il a été décidé qu'un suivi est nécessaire, le type et la méthode de suivi qui conviennent sont déterminés. Cela comprend les responsabilités de l'équipe, par exemple, le suivi des tests, l'acheminement de l'utilisateur vers un organisme partenaire, l'établissement d'un calendrier pour les communications de suivi avec l'utilisateur ou pour lui rappeler un rendez-vous.

Cela comprend aussi les responsabilités de l'utilisateur, comme assurer un suivi avec les autres prestataires de soins (p. ex. soins primaires ou centre de santé communautaire), signaler une aggravation ou un changement des symptômes et prendre les médicaments selon les ordonnances.

Un outil d'évaluation normalisé est utilisé pour évaluer le risque de réadmission après la fin des services.



- 2.1.95 Des buts et des objectifs relatifs au temps d'attente et à la durée de séjour au service des urgences, à l'acheminement d'utilisateurs vers d'autres établissements, ainsi qu'au nombre d'utilisateurs qui quittent le service sans avoir été vus sont établis avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Les buts relatifs aux temps d'attente comprennent le temps écoulé entre l'heure d'arrivée et l'heure de déchargement de l'ambulance aux services médicaux d'urgences (SMU), l'heure d'arrivée comparée à l'heure de la consultation du médecin, le temps d'attente avant une épreuve diagnostique et une consultation en spécialité, de même que le temps écoulé entre la consultation du médecin et la décision d'admettre l'utilisateur ou de lui donner congé.

Les buts sont établis avec les partenaires de l'intérieur et de l'extérieur de l'organisme et tiennent compte des réalités de chacun des organismes. Cela peut aussi inclure les objectifs de la région.



- 2.1.96 Le temps nécessaire pour assurer le transfert des usagers amenés par ambulance est évalué et utilisé afin d'établir les délais prévus pour le transfert des usagers qui sont amenés au service des urgences par les services médicaux d'urgence (SMU).

**Conseils :**

Un suivi des données liées aux transferts des usagers amenés par ambulance est effectué pour cerner des tendances au fil du temps.



- 2.1.97 Les données relatives au temps d'attente, à la durée de séjour aux urgences et au nombre d'usagers qui quittent le service des urgences sans avoir été vus font l'objet d'un suivi et servent à effectuer des comparaisons.

**Conseils :**

Les données sont évaluées par rapport aux niveaux établis. Les données sur la durée de séjour sont recueillies pour tous les usagers (admis ou non).



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

**Conseils :**

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

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

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

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

**Tests de conformité :**

- 2.1.98.1** Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.

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

## 2.2 Prévention et contrôle des infections - Services des urgences

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

### Conseils :

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

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



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

#### Tests de conformité :

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

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

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

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

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

#### Conseils :

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

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

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

#### Tests de conformité :

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





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

**Conseils :**

Les usagers, les familles et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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





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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

Par exemple, l'organisme peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

## 2.3 Gestion des médicaments - Services des urgences



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

**Conseils :**

Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être



transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.

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

**Conseils :**

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



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



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

**Conseils :**

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



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



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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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



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

**Conseils :**

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



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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



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



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

**Conseils :**

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



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

**2.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services des urgences**



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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

## Chapitre 3 : Unités d'hospitalisation

Les unités d'hospitalisation sont des unités de soins courte durée dans lesquelles sont prodigués des soins et des services à une clientèle hospitalisée.<sup>4</sup>

### 3.1 Épisode de soins - Unités d'hospitalisation



- 3.1.1 Les services sont conçus conjointement pour répondre aux besoins d'une population vieillissante, s'il y a lieu.

#### Conseils :

Les besoins d'une population vieillissante constituent l'un des points de mire des organismes qui fournissent des services à ces usagers et aux familles. Cela comprend la conception des services et des locaux en collaboration avec les usagers et les familles, les partenaires de la communauté et l'équipe. On réfère aussi à cela en parlant d'instauration d'un hôpital ami des aînés.

Il faut examiner comment les usagers sont admis et cheminent dans l'organisme, ainsi que tenir compte de leurs besoins spécifiques en matière de soins et des ressources communautaires avec lesquelles il faut établir des liens.



- 3.1.2 Les services sont conçus conjointement pour servir efficacement des populations d'enfants et de jeunes, le cas échéant.

#### Conseils :

Les besoins des populations d'enfants et de jeunes sont pris en considération au moment de concevoir les services. Cela peut sembler différent pour les organismes et les équipes qui servent un petit nombre d'usagers en pédiatrie et de jeunes comparé aux organismes qui servent principalement des usagers en pédiatrie et des jeunes.

La conception conjointe des services pour répondre aux besoins de ces usagers et des familles englobe le fait de s'assurer d'avoir les processus, l'équipement, les fournitures, les protocoles de soins, le perfectionnement, les locaux et les programmes appropriés. Les besoins d'ordre pédagogique, psychologique et récréatif qui sont particuliers aux enfants et aux jeunes sont pris en considération et sont comblés.



- 3.1.3 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur les processus de l'organisme visant à déterminer, à augmenter ou à changer le niveau de soins d'un usager.

#### Conseils :

L'information relative à la détermination, à l'augmentation ou au changement du niveau de soins d'un usager est fournie à tous les membres de l'équipe. La formation et le perfectionnement comprennent la façon de déterminer s'il faut passer à un autre niveau de soins, ce qui inclut les systèmes d'évaluation des risques utilisés dans l'organisme, de même que le moment approprié pour déclencher le processus de transfert et le recours à des outils de communication normalisés pendant toute la durée du transfert.

L'unité d'hospitalisation travaille en collaboration avec l'équipe de soins critiques pour déterminer le processus entourant le passage aux soins critiques. L'équipe de soins critiques fournit l'information sur les signes avant-coureurs de l'aggravation de l'état de santé et elle collabore avec l'unité d'hospitalisation pour que les transferts se déroulent bien et efficacement.

<sup>4</sup> MSSS (2014) Répertoire des guides de planification immobilière. Unité de soins de courte durée et chirurgie <http://publications.Référence:msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-610-04W.pdf>

Quand l'organisme a des usagers qui occupent des lits réservés à la prestation d'un autre niveau de soins (ANS), ce processus peut être décrit dans des procédures internes de l'équipe de l'unité d'hospitalisation. Bien qu'il soit possible que les usagers occupant des lits réservés aux ANS ne reçoivent pas les mêmes services que les usagers en médecine générale, il importe que l'équipe sache comment augmenter ou changer les services quand cela s'avère nécessaire.



- 3.1.4 De la formation et du perfectionnement sont fournis au sujet des plans de cheminement clinique établis.

**Conseils :**

L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement sur les plans de cheminement clinique établis et utilisés par l'organisme pour accroître l'uniformité des soins.



- 3.1.5 L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement sur les plans de cheminement clinique établis et utilisés par l'organisme pour accroître l'uniformité des soins.

**Conseils :**

La formation et le perfectionnement comprennent une orientation qui porte sur la philosophie de l'organisme visant la prestation des soins les moins restrictifs possible, sur les politiques traitant de l'utilisation des mesures de contention, sur les soins à offrir aux usagers pour qui des mesures de contention sont utilisées, sur la surveillance des usagers pendant le recours aux mesures de contention et sur la façon de consigner le recours à de telles mesures.



- 3.1.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts à l'équipe pour déterminer dans quels cas il faut accompagner les usagers qui reçoivent des services ailleurs.

**Conseils :**

Selon l'utilisateur et les circonstances, les usagers peuvent avoir besoin d'être accompagnés par un membre de l'équipe dans un autre secteur de l'organisme pour y recevoir des services (p. ex. imagerie diagnostique) ou dans un autre organisme (p. ex. transport entre établissements). Les facteurs qui entrent en jeu comprennent, entre autres, la gravité de l'état de l'utilisateur, ses capacités cognitives, son comportement, son âge et les risques de fugue. L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement pour savoir comment décider si un usager a besoin d'être accompagné et comment faciliter ce processus.



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

**Conseils :**

Les demandes de services peuvent provenir des usagers, des familles, d'autres équipes ou d'organismes qui acheminent des usagers. Il peut y avoir différents processus pour répondre à une demande selon le demandeur et les services demandés.

Les demandes de services, le processus pour répondre à ces demandes et ce qu'on entend par « en temps opportun » varieront selon le type de service offert.

La capacité de répondre aux demandes est évaluée en fixant des délais de réponse aux demandes de services et en surveillant ces délais de même qu'en recueillant la rétroaction des usagers et des familles, des organismes qui acheminent des usagers ainsi que des autres équipes.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



- 3.1.11 Les usagers et les familles sont informés de la façon de déterminer le moment où il peut s'avérer nécessaire d'augmenter le niveau de soins et de la façon d'entamer ce processus.

**Conseils :**

Les usagers et les familles se connaissent bien et connaissent bien leurs proches ainsi que les problèmes ou les changements qui peuvent s'avérer préoccupants. L'équipe travaille en partenariat avec les usagers et les familles pour les aider à déterminer s'il faut changer leurs soins et à sentir qu'ils peuvent parler aux prestataires. Elle les aide aussi à savoir comment entamer le processus d'augmentation des soins. Cela peut inclure de communiquer avec la personne qui est responsable de leurs soins et de savoir comment obtenir de l'aide en situation d'urgence.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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



**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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

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



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



**Conseils :**



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

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

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

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

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


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



**Conseils :**

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

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

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

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

  3.1.29 En partenariat avec les usagers et les familles, 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.

**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, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'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 famille.

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

**Tests de conformité :**

**3.1.29.1** 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 familles.



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent :

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

Les éléments relatifs à la santé psychosociale comprennent :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et des aidants naturels;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que 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 socio-économique;
- les croyances et les besoins d'ordre culturel et spirituel.



**3.1.32** Une évaluation exhaustive des besoins en matière de soins gériatriques est réalisée, s'il y a lieu, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Une évaluation exhaustive des besoins en matière de soins gériatriques est réalisée par l'équipe collaborative, et ce, en temps opportun. L'évaluation commence souvent au service des urgences et se poursuit dans l'unité d'hospitalisation. Une évaluation exhaustive des besoins en matière de soins gériatriques est utilisée pour déterminer le plan d'intervention interdisciplinaire et permet d'indiquer s'il faut effectuer d'autres évaluations ou ajouter d'autres services.

Les principaux éléments de l'évaluation des besoins en matière de soins gériatriques comprennent les problèmes médicaux (p. ex. maladies chroniques, incontinence urinaire et fécale, complications résultant de la médication); les capacités fonctionnelles; les problèmes psychosociaux (p. ex. santé mentale, démence); les besoins sociaux (p. ex. soutien communautaire, présence d'un soignant); ainsi que les besoins environnementaux comme la sécurité à domicile.

De la formation et du perfectionnement sont fournis aux membres appropriés de l'équipe sur la façon de réaliser l'évaluation des besoins en matière de soins gériatriques, ce qui comprend du perfectionnement sur les outils d'évaluation utilisés, les protocoles à suivre et la détermination des cas où il faut communiquer avec d'autres services.



- 3.1.33 L'équipe de l'unité d'hospitalisation travaille conjointement avec celle du service des urgences pour entreprendre l'évaluation des besoins en matière de soins gériatriques, s'il y a lieu, dans le cas des usagers qui entrent dans l'organisme en passant par le service des urgences.

**Conseils :**

Même s'il est possible que l'équipe du service des urgences ne puisse pas réaliser l'évaluation des besoins en matière de soins gériatriques, il est essentiel d'en démarrer le processus le plus tôt possible. L'équipe de l'unité d'hospitalisation fournit de l'aide à celle des urgences au besoin.



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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

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

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

#### Tests de conformité :

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

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



**Conseils :**

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

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

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

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

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

**Tests de conformité :**

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



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

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

#### Conseils :

Les plaies de pression ont d'importantes répercussions sur la qualité de vie des usagers, puisqu'elles causent de la douleur, ralentissent la guérison et augmentent le risque d'infection. Un lien a aussi été établi entre les plaies de pression et une augmentation de la durée des séjours, des coûts et de la mortalité. Les stratégies efficaces de prévention des plaies de pression peuvent réduire l'incidence des plaies de pression et sont une indication d'une qualité supérieure de soins et de services.

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

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

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

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

#### Tests de conformité :

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





**3.1.37.5** L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.

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

**Conseils :**

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

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

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

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

**Tests de conformité :**

**3.1.38.1** Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.

**3.1.38.2** Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.

**3.1.38.3** Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en œuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.

**3.1.38.4** Les usagers en chirurgie orthopédique lourde (c.-à-d. arthroplastie de la hanche et du genou ou chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche) qui nécessitent une prophylaxie après le congé sont ciblés, et un mécanisme est en place pour leur offrir la prophylaxie appropriée après le congé.

**3.1.38.5** De l'information est fournie aux usagers et aux membres de l'équipe sur les risques et la façon de prévenir la TEV.

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

**Conseils :**

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

Par exemple, diverses stratégies de gestion de la douleur peuvent faire l'objet de discussions, comme les analgésiques, ce qui comprend les opioïdes et les adjuvants, de



même que les interventions d'ordre physique, comportemental et psychosocial, et l'utilisateur peut choisir l'option qu'il préfère.

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



- 3.1.40 Une évaluation nutritionnelle complète est réalisée si cela est indiqué du point de vue clinique.

**Conseils :**

Les facteurs qui peuvent indiquer la nécessité de réaliser une évaluation nutritionnelle complète varient selon les populations d'utilisateurs et les maladies. Une évaluation nutritionnelle peut être indiquée par l'état de l'utilisateur (p. ex. s'il est diabétique ou s'il a des problèmes gastro-intestinaux) ou par la présence de problèmes fonctionnels lors des repas (p. ex. déglutition). Les autres facteurs qui peuvent indiquer qu'il faut effectuer une évaluation nutritionnelle comprennent ceux qui suivent : signes de perte de poids et de malnutrition (p. ex. manque d'énergie, faiblesse et fatigue, irritabilité, cheveux et ongles cassants). Les facteurs chez les populations adultes seront différents de ceux des populations de nourrissons, d'enfants ou de jeunes.

L'évaluation nutritionnelle est adaptée à l'âge et à l'état de l'utilisateur. Lorsque les services ne sont pas offerts dans l'organisme, l'équipe y accède autrement, par exemple, en travaillant avec des organismes partenaires, en accédant aux ressources présentes dans la communauté ou aux services de télésanté.

Comme les besoins nutritionnels d'un utilisateur peuvent varier au cours des soins, l'évaluation nutritionnelle est revue et modifiée au besoin.



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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



- 3.1.44 S'il y a lieu, le plan d'intervention interdisciplinaire prévoit des stratégies pour évaluer et gérer la douleur.

**Conseils :**

Des outils validés d'évaluation de la douleur sont utilisés pour évaluer la douleur de l'utilisateur. L'évaluation de la douleur est réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et elle est adaptée à l'âge et à l'état de l'utilisateur.

Pour soulager la douleur, on peut notamment avoir recours à des analgésiques, y compris à des opioïdes, pouvant être combinés à des traitements adjuvants, du counseling comportemental et des consultations psychologiques ou physiques, ainsi qu'à des stratégies d'intervention telles que la radiothérapie palliative. L'équipe consulte des experts et se sert des recherches et des données probantes pour déterminer les meilleures méthodes de soulagement de la douleur et d'autres symptômes.



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



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

**Conseils :**

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



- 3.1.47 Des protocoles pour déplacer les usagers ailleurs dans l'organisme pendant les périodes de congestion sont suivis par l'équipe.

**Conseils :**

En plus de limiter l'accès aux soins appropriés en temps opportun, la congestion constitue un risque pour la sécurité. En cas de congestion, les protocoles établis sont suivis pour améliorer l'utilisation de l'unité d'hospitalisation et transférer le bon usager dans le bon lit à l'intérieur d'un délai approprié grâce à des ententes de transfert avec d'autres secteurs de l'organisme.

Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur la raison de leur transfert et sur la personne qui sera responsable de leurs soins pendant la transition. Les usagers qui ont besoin d'un autre niveau de soins sont identifiés et transférés, ce qui inclut les soins pour malades chroniques, les soins complexes pour malades chroniques, les soins de transition, les soins de répit et les soins palliatifs. Quand des usagers doivent être mis en isolement, l'équipe travaille en collaboration avec celle chargée de la prévention et du contrôle des infections pour trouver une solution sécuritaire et efficace.



- 3.1.48 Un processus permet d'assurer la sécurité des usagers et de les surveiller efficacement lorsqu'ils reçoivent des soins à l'extérieur de l'unité.

**Conseils :**

Les usagers peuvent se trouver à l'extérieur de leur unité de soins habituelle pour diverses raisons, entre autres, s'il manque d'espace, s'ils reçoivent les services d'une autre équipe (p. ex. imagerie diagnostique) ou s'ils sont déplacés temporairement dans une autre unité en raison du nombre limité de lits. Les usagers peuvent être considérés comme étant à l'extérieur de l'unité pour une partie ou toute la durée de leurs soins.

Quand des usagers reçoivent les services d'un autre secteur de l'hôpital, ils peuvent être exposés à de plus grands risques. Le processus prévu pour assurer la sécurité des usagers comprend les communications entre les équipes, les communications avec les usagers et les familles, de même que les suivis. L'équipe veille à ce que l'utilisateur et la

famille sachent qui est responsable de leurs soins pendant toute la durée de la transition et avec qui communiquer s'il y a des problèmes.



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

**Conseils :**

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



- 3.1.50 Les usagers qui ont reçu des sédatifs ou des narcotiques font l'objet d'une surveillance.

**Conseils :**

Un protocole est suivi pour surveiller et consigner l'état des usagers qui ont reçu des sédatifs ou des narcotiques pendant la prestation de soins.



- 3.1.51 Une politique visant à réduire le plus possible le recours aux contentions est en place et suivie par l'équipe.

**Conseils :**

Le recours aux mesures de contention par l'équipe est réduit au minimum et les soins sont dispensés par des personnes compétentes d'une façon sécuritaire et éthique qui respecte les droits de l'utilisateur, sa dignité, son autonomie et son droit à la sécurité.

Les mesures de contention sont utilisées uniquement en dernier recours en vue de réduire les risques imminents pour l'utilisateur et pour les autres, lorsque toutes les autres méthodes ont échoué. Les méthodes restrictives ne servent pas à enseigner un comportement acceptable ou à punir et ne sont pas utilisées pour leur commodité. D'autres moyens sont recherchés pour améliorer la qualité et la sécurité des services.

La politique traite notamment de l'orientation des membres de l'équipe, de la formation et du perfectionnement sur la philosophie de l'organisme visant la prestation des soins les moins restrictifs possibles et sur l'utilisation des mesures de contention, des cas pour lesquels les mesures de contention peuvent être utilisées et des exigences pertinentes en matière de suivi du recours à de telles mesures.



- 3.1.52 Un processus de surveillance du recours aux mesures de contention est établi par l'équipe et cette information est utilisée pour apporter des améliorations.

**Conseils :**

Chaque cas de recours aux mesures de contention et l'utilisation générale des mesures de contention dans le programme sont évalués dans le but de n'utiliser les mesures de contention qu'en dernier recours et, en fin de compte, de réduire leur utilisation.



- 3.1.53 Quand des signes démontrent que l'état de l'utilisateur s'aggrave, l'équipe évalue les risques que cela représente pour l'utilisateur et suit les processus prévus pour augmenter le niveau de soins.

**Conseils :**

Quand les services sont reçus en médecine générale ou dans un secteur offrant un autre niveau de soins, il est important que l'équipe surveille régulièrement les usagers pour voir si leur état s'aggrave et qu'elle sache comment procéder pour passer à un autre

niveau de soins quand cela est nécessaire. La fréquence à laquelle les usagers sont surveillés varie en fonction des usagers et de leur état. Les équipes ont recours à un processus établi pour évaluer si un usager est à risque (p. ex. un système d'évaluation des risques) et déterminer les prochaines étapes et ce qui doit déclencher le passage à un autre niveau de soins. Dans bien des cas, les signes d'aggravation déclencheront le recours à l'équipe d'intervention rapide (ÉIR), un transfert en soins critiques ou vers un autre milieu de soins si l'organisme n'offre pas de soins critiques. Les membres de l'équipe se servent d'outils de communication normalisés lors du déclenchement de l'augmentation du niveau de soins pour s'assurer de transmettre des renseignements complets et exacts.

Certains organismes se servent de dispositifs de télémétrie pour surveiller les usagers à risques élevés. De concert avec l'équipe de soins critiques, il est recommandé d'établir des critères permettant de déterminer pour quels usagers il faut recourir à la télémétrie et quel niveau de soins est requis (p. ex. soins intermédiaires ou soins courants), de clarifier les rôles et responsabilités liés à la surveillance de ces usagers, d'assurer la surveillance en tout temps par les membres de l'équipe qui ont une formation en surveillance des usagers soumis à l'électrocardiogramme, de consigner l'information et de la communiquer aux membres pertinents de l'équipe, ainsi que d'établir un processus pour les cas où il faut augmenter les soins et transférer les usagers à l'unité de soins critiques.

Des usagers qui occupent un lit réservé à un autre niveau de soins (ANS) peuvent être déplacés dans une unité d'hospitalisation.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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

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

**Tests de conformité :**

- 3.1.61.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 3.1.61.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 3.1.61.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 3.1.61.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 3.1.61.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :
  - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
  - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;

- évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

Un outil d'évaluation normalisé est utilisé pour évaluer le risque de réadmission après la fin des services.



- 3.1.65 Le cas échéant, les plans de cheminement clinique sont suivis systématiquement pour la prestation de soins afin d'obtenir la même qualité de soins pour tous les usagers dans tous les milieux.

**Conseils :**

Les plans de cheminement clinique sont utilisés pour déterminer le plan d'intervention interdisciplinaire établi pour les usagers. Ils fournissent à l'équipe des explications détaillées et les attentes entourant le travail auprès des usagers, en lui offrant le soutien nécessaire à chacune des étapes des soins (p. ex. planification des soins, planification





des ressources, traitements, interventions). Les plans de cheminement clinique sont spécifiques à une maladie et à une population d'usagers puisqu'ils peuvent varier selon qu'il s'agit d'un jeune ou d'un adulte.

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

#### Conseils :

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

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

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

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

#### Tests de conformité :

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

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

## 3.2 Prévention et contrôle des infections - Unités d'hospitalisation

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

### Conseils :

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

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

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



**Tests de conformité :**

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

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

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

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

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

**Conseils :**

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

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

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

**Tests de conformité :**

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

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

**Conseils :**

Les usagers, les familles et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de

l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**










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



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

**Conseils :**

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

- 
 3.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.
- Conseils :**
- Par exemple, l'organisme peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.
- 

 3.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.
- Conseils :**
- Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.
- 

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

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

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

**Conseils :**

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



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



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

**Conseils :**

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



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



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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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



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

**Conseils :**

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



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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des utilisateurs et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments.



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



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

**Conseils :**

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



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

### 3.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Unités d'hospitalisation



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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



## Chapitre 4 : Services de soins critiques

L'unité des soins critiques est un lieu géographique distinct dans un installation où sont regroupés les patients instables ou susceptibles d'instabilité dus à des problématiques multiorganiques simples ou multiples, médicales ou chirurgicales.<sup>5</sup>

### 4.1 Épisode de soins - Services de soins critiques



- 4.1.1 Une approche personnalisée est utilisée pour fournir des soins critiques aux diverses populations cibles, y compris néonatales, pédiatriques, et/ou aux patients adultes.

#### Conseils :

Des approches spécialisées sont requises dans les soins critiques aux usagers chez les adultes, en pédiatrie et en néonatalogie. Cela devrait notamment comprendre une formation, une expertise et de l'équipement spécialisés, de même que des guides de pratique clinique fondés sur l'âge et le stade de développement de l'usager. Par exemple, les soins du développement sont recommandés pour les nouveau-nés à haut risque en vue de maximiser leur développement neurologique et réduire les risques de problèmes cognitifs et comportementaux (p. ex. éclairage ajustable, niveaux de bruit réduits, positionnement particulier et participation de la famille).



- 4.1.2 Un cadre est établi pour la prestation de soins critiques de proximité à l'intérieur de l'organisme ou à d'autres organismes, selon le cas.

#### Conseils :

Il existe diverses approches collaboratives de prestation de soins critiques externes, qui dépendent de la taille de l'organisme et de la gamme des services (p. ex. centres de traumatologie et hôpitaux communautaires). Il peut notamment s'agir d'équipes mobiles officielles envoyées dans le service par des unités de soins critiques (p. ex. équipes d'intervention rapide ou équipes médicales d'urgence), de membres spécialement formés de l'équipe de service sur place, ou de consultations en télésanté avec l'équipe de soins critiques (p. ex. à l'aide de téléphones, d'ordinateurs et d'équipement de vidéoconférence). Cela peut comprendre l'évaluation et la stabilisation de l'état des usagers, la formation et le soutien des membres de l'équipe, et le suivi auprès des usagers après leur congé. Pour les organismes qui offrent des soins critiques externes, il doit idéalement y avoir un cadre pour veiller à ce que les membres de l'équipe soient régis par les mêmes politiques et procédures que celles de l'organisme, ce qui comprend la protection de la confidentialité et des renseignements personnels des usagers, le respect des guides de pratique clinique et la consignation des soins fournis. Si les membres de l'équipe fournissent des services de télésanté, ils peuvent aussi devoir s'assurer de respecter les lois et règlements applicables selon leur province ou territoire.



- 4.1.3 Les principales sources d'acheminement sont connues et les services sont coordonnés avec ces unités et organismes.

#### Conseils :

Il existe un procédé de travail en collaboration avec les partenaires pour accroître le rendement et l'efficacité des services.



- 4.1.4 Les effectifs nécessaires sont déterminés et maintenus pour offrir une qualité de service constante à toute heure, et ce, tous les jours.

<sup>5</sup> MSSS (2012) Répertoire des guides de planification immobilière. Unité de soins critiques <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-610-07W.pdf>

**Conseils :**

L'efficacité de l'affectation du personnel est évaluée et des modifications sont apportées au besoin. Un effectif réduit, par exemple en soirée et en fin de semaine, peut entraîner des résultats négatifs chez les usagers.



- 4.1.5 Un plan permet aux unités de soins critiques de faire face aux périodes d'intensification, de façon à pouvoir prendre en charge un nombre élevé d'usagers quand le volume de demandes augmente, ainsi qu'en cas de pandémie, de circonstances faisant un grand nombre de victimes ou d'autres situations d'urgence à grande échelle.

**Conseils :**

La planification en vue de faire face aux périodes d'intensification s'inscrit dans le plan général de l'organisme en cas de catastrophe ou d'urgence, et elle fait partie des stratégies concernant le cheminement des usagers, ce qui comprend la planification relative aux pandémies. Il s'agit d'un travail de collaboration qui peut englober les secteurs de la santé publique, du contrôle et de la prévention des infections, des services des urgences, des soins critiques, des salles d'opération et des services d'hospitalisation. Dans certaines provinces ou certains territoires, le ministère de la Santé est responsable de la planification relative aux pandémies. Lorsque c'est le cas, les organismes valident la conformité au plan ministériel de gestion des pandémies à l'échelle organisationnelle.



- 4.1.6 Des stratégies sont en place pour contribuer à prévenir les erreurs en cas de perfusions intraveineuses multiples, ce qui comprend la formation et le perfectionnement.

**Conseils :**

Dans des milieux à risques élevés, la manipulation de perfusions intraveineuses multiples comporte des risques particuliers en matière de sécurité, notamment le risque que des tubes de perfusion soient interchangés et que l'utilisateur se fasse administrer le mauvais médicament par inadvertance.



- 4.1.7 Un processus est en place pour communiquer avec les membres de l'équipe qui ont admis l'utilisateur, avec ceux qui l'ont acheminé et avec le médecin de famille au sujet de leurs rôles respectifs concernant la prestation de soins.

**Conseils :**

La communication entre les équipes et les prestataires est essentielle à la continuité des services. Bien que les médecins de famille ainsi que les prestataires qui s'occupent de l'admission ou ceux qui acheminent des usagers ne participent habituellement pas directement aux soins prodigués dans une unité de soins critiques fermée, ils peuvent avoir un rôle à jouer dans le cas d'une unité de soins critiques ouverte et lorsque des soins sont nécessaires après un transfert ou un congé.



- 4.1.8 Le modèle de soins de l'unité de soins critiques est approprié au niveau de soins qu'on y offre.

**Conseils :**

Le modèle de soins suivi dépend de l'importance des soins et du type d'unité de soins intensifs. Les unités de soins aigus de haut niveau ou de haute intensité suivent un modèle de soins établi par un intensiviste ou un spécialiste des soins critiques. Ces unités qui travaillent avec les patients aux soins les moins aigus (p. ex. les unités de faible intensité) ont accès à un intensiviste ou un spécialiste en soins critiques par l'intermédiaire de soins directs ou à des fins de consultation (p. ex. disponible tous les jours par téléphone et lors de la sortie). Lorsqu'un intensiviste ou un spécialiste en soins critiques est disponible pour consultation, l'équipe doit suivre le processus de consultation dont elle dispose.

Les unités qui utilisent des modèles mixtes de conception des soins adaptent leur unité au plus haut niveau de soins fournis.



- 4.1.9 Un processus permet d'évaluer les usagers potentiels selon les critères d'admission en soins critiques.

**Conseils :**

Ce processus sert à déterminer si les usagers potentiels ont besoin de soins critiques et à établir le niveau de soins critiques approprié selon leur état. Les critères d'admission englobent le risque de mort subite ou de détérioration physique importante chez l'utilisateur ainsi que les chances que l'utilisateur tire des bienfaits des soins critiques. Le fait d'appliquer ces critères permet de déterminer si les services offerts par l'équipe répondent aux besoins et aux préférences des usagers en ce qui concerne les traitements de survie, et de cerner les besoins immédiats et urgents des usagers et d'établir les priorités en matière de service. Le processus est adapté aux usagers et aux familles ayant des besoins diversifiés (p. ex. langue, culture, scolarité, style de vie et compétences). Les points de vue de tous les membres de l'équipe, y compris les médecins, le personnel infirmier et les inhalothérapeutes, sont pris en compte. Les organismes ayant plusieurs établissements doivent normaliser ce processus dans l'ensemble de leurs équipes de soins critiques.



- 4.1.10 L'équipe de soins critiques travaille en collaboration avec les autres équipes de l'organisme pour déterminer le processus de surveillance des usagers, y compris le processus entourant le passage aux soins critiques.

**Conseils :**

Le processus de surveillance des usagers est soutenu par un système d'évaluation des risques (élaboré à l'interne ou rattaché à un outil reconnu) ou des systèmes de surveillance servant à détecter les signes avant-coureurs de détérioration clinique qui exigent de passer aux soins critiques (p. ex. changements concernant la respiration ou la fréquence cardiaque). Ce processus couvre aussi la baisse du niveau de soins pour éviter les admissions non nécessaires à l'unité de soins critiques. Selon la gravité de l'état, l'utilisateur peut être soigné dans l'unité où il se trouve ou transféré à l'unité de soins critiques, au besoin.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les usagers en se présentant et en expliquant leur rôle, en demandant la permission avant d'effectuer une tâche, en expliquant ce qu'ils font, en parlant d'un ton respectueux, en

exprimant leurs préoccupations ou en rassurant les usagers, en leur permettant de poser des questions ou d'émettre des commentaires, en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses ou leur style de vie, et en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.



- 4.1.14 La communication orale est facilitée ou d'autres moyens de communication sont utilisés quand l'utilisateur n'est pas capable de communiquer oralement parce qu'il est sous ventilation, à cause de son état physique ou pour d'autres raisons.

**Conseils :**

Les familles reçoivent l'information dont elles ont besoin pour prendre une décision éclairée sur les moyens de maintien artificiel de la vie. Le processus respecte le cadre conceptuel d'éthique de l'organisme, répond aux exigences des lois conformément aux directives préalables et est communiqué aux usagers et aux familles. Il englobe aussi des directives sur la gestion des conflits entre les usagers ou les familles et les membres de l'équipe et entre les membres de l'équipe.



- 4.1.15 Une ou plusieurs rencontres interdisciplinaires avec les usagers et les membres de leur famille sont prévues dans un lieu privé.

**Conseils :**

Ces rencontres facilitent la communication de renseignements pertinents à tous les membres de la famille concernés en même temps. Les discussions peuvent porter sur des sujets tels que la série de traitements, le pronostic, les préparatifs entourant la fin de vie, y compris les considérations d'ordre culturel et religieux, et la planification du transfert.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



- 4.1.19 Les familles disposent de l'information et du soutien dont elles ont besoin pour déterminer leur niveau de participation aux soins de l'utilisateur.

**Conseils :**

Selon la volonté de l'utilisateur et de la famille, un soutien proactif est offert aux proches pour les aider à prendre des décisions éclairées quant à leur niveau de participation aux soins de l'utilisateur. Il peut notamment s'agir de participer aux tournées quotidiennes ou d'assurer une présence au moment de réanimer l'utilisateur. De l'information et du soutien peuvent être fournis par un travailleur social, un psychologue ou une personne chargée de représenter l'utilisateur.



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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

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



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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent :

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

Les éléments relatifs à la santé psychosociale comprennent :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et des aidants naturels;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que 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 socio-économique;
- les croyances et les besoins d'ordre culturel et spirituel.



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

**Conseils :**

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





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

**Conseils :**

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

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

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

**Tests de conformité :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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



- 4.1.36 Au cours de l'évaluation, un processus est en place pour déterminer, en partenariat avec l'utilisateur et la famille, si l'utilisateur dispose de directives préalables et si cette information est consignée au dossier.

**Conseils :**

Les directives préalables englobent les préférences de l'utilisateur en ce qui concerne les mesures de réanimation. Les directives préalables sont consignées au dossier de l'utilisateur et cette information est transmise aux membres des équipes internes et externes, au besoin. Une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur peut être consultée lorsque l'utilisateur est incapable de prendre une décision de lui-même. Dans ce cas, la personne chargée de prendre des décisions en son nom reçoit de l'information sur ses rôles et responsabilités, pose ses questions et discute de ses préoccupations et des possibilités qui s'offrent à l'utilisateur. La personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur peut être désignée selon la loi ou peut être un défenseur des droits des usagers, un membre de la famille, un tuteur ou un soignant.



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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

l'admission. Peu importe le modèle utilisé, il est important de déceler, de résoudre et de consigner les divergences.

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

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

#### Tests de conformité :

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



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

#### Conseils :

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

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

Les organismes devraient déterminer et adopter des précautions pour tous les usagers, peu importe les risques de chutes. L'acronyme SAFE (sécurité des lieux, assistance à la mobilité, facteurs de risque réduits et enseignement au client et à sa famille) décrit les quatre stratégies clés des précautions universelles de prévention des chutes. La directive

de l'Institute for Clinical Systems Improvement (2012) recommande pour sa part les interventions universelles suivantes : familiariser l'utilisateur avec le milieu; placer les boutons d'appel à un endroit atteignable en tout temps et observer la façon dont les usagers les utilisent; garder les biens personnels à portée des usagers; installer des rampes solides dans les salles de bain, les chambres et les couloirs; garder les lits à faible hauteur et bloquer les freins; fournir des chaussures antidérapantes bien ajustées aux usagers; utiliser des veilleuses ou un éclairage d'appoint; garder le sol propre et sec; nettoyer rapidement tous les liquides renversés; garder en ordre les aires où les soins sont dispensés. Il est important d'établir des précautions qui correspondent au milieu clinique et aux besoins des usagers de ce milieu.

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

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

#### Tests de conformité :

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



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

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

#### Conseils :

Les plaies de pression ont d'importantes répercussions sur la qualité de vie des usagers, puisqu'elles causent de la douleur, ralentissent la guérison et augmentent le risque d'infection. Un lien a aussi été établi entre les plaies de pression et une augmentation de la durée des séjours, des coûts et de la mortalité. Les stratégies efficaces de prévention des plaies de pression peuvent réduire l'incidence des plaies de pression et sont une indication d'une qualité supérieure de soins et de services.

Les stratégies de prévention des plaies de pression exigent une approche interdisciplinaire, de même que le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre au point un plan pour appuyer une formation complète sur la prévention des

plaies de pression et de nommer des personnes pour faciliter la mise en œuvre d'une approche normalisée pour l'évaluation des risques, l'application des lignes directrices relatives aux meilleures pratiques et la coordination des équipes de soins de santé.

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

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

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

#### Tests de conformité :

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



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

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

#### Conseils :

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

La TEV est une complication grave et courante chez les usagers hospitalisés ou subissant une chirurgie. L'incidence des TEV peut être réduite ou évitée en ciblant les

usagers qui risquent d'avoir une TEV et en effectuant les interventions appropriées, éclairées par des données probantes.

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

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

#### Tests de conformité :

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



- 4.1.42 Un accès aux services de soutien, tels que les analyses de laboratoire et l'imagerie diagnostique, y compris des examens pratiqués au point de service, est offert en tout temps.

#### Conseils :

L'accès au moment opportun à des services tels que les analyses de laboratoire et l'imagerie diagnostique est essentiel pour que l'équipe de soins critiques puisse offrir des soins efficaces et de qualité. Les examens pratiqués au point de services peuvent englober les analyses de laboratoire, telles que les prises de sang, ou l'imagerie diagnostique, comme une échographie ou une endoscopie.



- 4.1.43 Les épreuves diagnostiques les moins invasives sont sélectionnées pour obtenir l'information nécessaire et, lorsque cela est possible, plusieurs épreuves sont effectuées simultanément.

#### Conseils :

Le confort de l'utilisateur est pris en compte au moment de déterminer l'ordre dans lequel les épreuves sont réalisées.



- 4.1.44 Le transport des usagers dirigés vers les unités de soins critiques ou acheminés par ceux-ci s'effectue de façon sécuritaire.

#### Conseils :

Les usagers sont transportés de façon sécuritaire au sein de l'organisme et entre les différents organismes. Un processus est utilisé pour veiller à ce que l'utilisateur soit prêt pour le transport et à ce que l'information appropriée soit communiquée à l'équipe qui le

recevra, s'il y a lieu. Cela comprend le fait d'évaluer l'état clinique de l'utilisateur et son niveau de préparation au transport, de déterminer la médication nécessaire, de s'assurer que l'équipement au point de destination est prêt, de faire un compte rendu de la situation à l'équipe qui reçoit l'utilisateur, et d'aviser la famille. Le processus de transfert comporte aussi l'identification de la personne désignée pour accompagner l'utilisateur durant le transport.

Dans un certain nombre de provinces ou territoires, les exigences relatives au transport entre établissements sont établies par les services de santé d'urgence (p. ex. l'échelle utilisée pour évaluer l'état de l'utilisateur, et l'équipement requis).



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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



- 4.1.48 Les autres équipes ou organismes sont informés de la date prévue du congé dans le cas des usagers qui seront rapatriés, de manière à favoriser le transfert en temps opportun.

**Conseils :**

L'équipe travaille de manière à donner au moment opportun la date précise prévue pour le congé aux autres équipes et au reste de l'organisme, et elle met l'information à jour au besoin.



- 4.1.49 Des tournées quotidiennes sont effectuées par l'équipe en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'équipe qui effectue les tournées est interprofessionnelle et peut être composée d'intensivistes, de médecins, de personnel infirmier, de pharmaciens, de diététistes, de physiothérapeutes, d'inhalothérapeutes, de travailleurs sociaux et de personnes qui offrent du soutien spirituel. Il se peut que des représentants d'autres professions soient invités à se joindre à certaines tournées, au besoin. Les tournées sont ouvertes aux usagers et aux familles. Même s'ils ne peuvent pas toujours y être présents, l'équipe

permet aux usagers et aux familles de contribuer utilement dans ce cas (p. ex. en écrivant leurs préoccupations ou leurs questions sur un tableau ou en déléguant une personne pour les représenter).



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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



- 4.1.52 Des mesures cliniques normalisées sont utilisées pour évaluer la douleur de l'utilisateur sur une base continue en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Des mesures cliniques normalisées sont utilisées pour déterminer l'intensité, les caractéristiques, l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que les impacts de la douleur sur les activités habituelles des usagers.

La douleur peut également être mesurée en combinaison avec d'autres symptômes au moyen d'un outil d'évaluation complet.

Dans la mesure du possible, l'utilisateur autoévalue l'intensité de sa douleur. D'autres techniques pour déterminer l'intensité de la douleur sont utilisées quand l'utilisateur n'est pas en mesure de la décrire lui-même, par exemple dans le cas des bébés et des tout-petits qui ne parlent pas encore, des usagers qui sont inconscients et des usagers atteints de démence avancée.

Le sommeil et la sédation n'indiquent pas nécessairement l'absence de douleur ou le soulagement efficace de la douleur.

Pour soulager la douleur, on peut notamment avoir recours à des analgésiques, y compris à des opioïdes, combinés à des traitements adjuvants, du counseling comportemental et des consultations psychologiques. Des experts sont consultés et des recherches et données probantes sont utilisées afin de connaître les meilleures méthodes de soulagement de la douleur.



- 4.1.53 Le degré de sédation de l'utilisateur est évalué et géré de façon régulière.

**Conseils :**

Le degré de sédation de l'utilisateur devrait être surveillé au moyen d'une ou plusieurs échelles de façon à orienter les soins. Il est aussi recommandé d'évaluer les usagers en pédiatrie relativement aux symptômes de sevrage.

Le degré de sédation visé dépend de l'état de l'utilisateur, l'objectif étant d'atteindre les buts cliniques avec la plus petite quantité possible de sédatifs pour atteindre les objectifs cliniques. Une sédation insuffisante peut entraîner de la douleur et de l'anxiété chez





- 4.1.54 L'usager fait régulièrement l'objet d'un dépistage du délire et reçoit des interventions servant à prévenir le délire.

**Conseils :**

Le délire contribue à prolonger la durée de séjour, la déficience cognitive à long terme et le retrait d'appareils ou instruments médicaux par l'usager (p. ex. auto-extubation ou retrait par lui-même de ses cathéters).

Les interventions peuvent comprendre une approche normalisée en matière de douleur et de sédation, des exercices physiques et une mobilisation précoce de l'usager, de même que la participation de la famille. Pour soutenir ces interventions, on incite à faire appel à des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes en leur réservant du temps pour les unités de soins critiques.

Il est recommandé d'utiliser des mesures et des cibles pour évaluer la stratégie de l'équipe en matière de prévention ou de gestion du délire dans les unités de soins critiques.

Exemples de mesures:

- pourcentage d'usagers ayant subi un dépistage pour le délirium
- pourcentage d'usagers atteints de délirium tel qu'identifiés par le dépistage
- pourcentage de conformité aux stratégies non pharmacologiques
- nombre d'extubations imprévues pour 1 000 jours de ventilation effractive.



- 4.1.55 Le besoin de recourir à la contention est régulièrement évalué et, le cas échéant, le moyen de contention le moins invasif possible est sélectionné.

**Conseils :**

La raison qui justifie l'utilisation de moyens de contention est expliquée à l'usager et à la famille et le consentement est obtenu s'il y a lieu. Le besoin de maintenir le recours à la contention est réévalué régulièrement.

Lorsqu'on a recours à la contention, il est recommandé de verser les renseignements suivants au dossier de l'usager : la raison qui justifie l'utilisation de moyens de contention, la période pendant laquelle les moyens de contentions sont utilisés, le recours à des solutions de rechange, la preuve qu'on a discuté de l'utilisation des moyens de contention avec l'usager ou la personne chargée de prendre des décisions en son nom, ainsi que la réaction de l'usager face à la contention.



- 4.1.56 Une évaluation nutritionnelle complète est réalisée et gérée.

**Conseils :**

Les facteurs qui peuvent indiquer la nécessité d'effectuer une évaluation nutritionnelle complète varient selon les populations d'usager et leur état. Par sa nature, l'état critique de l'usager constitue un risque de malnutrition ou de surnutrition. Il est recommandé d'assurer un accès à des diététistes, en leur réservant du temps pour les unités de soins critiques, afin qu'ils contribuent à cibler les usagers à risque et à gérer leur état à l'aide d'un outil ou d'un processus normalisé.

L'évaluation nutritionnelle est appropriée à l'âge et à l'état de l'utilisateur. Si ce service n'est pas disponible dans l'organisme, l'équipe l'obtient d'une autre manière, par exemple, en travaillant avec des organismes partenaires, en accédant à des ressources communautaires ou en ayant recours à la télésanté.

Comme les besoins nutritionnels d'un usager peuvent changer au cours des soins, l'évaluation nutritionnelle est revue et modifiée au besoin.

Pour les usagers en néonatalogie et en pédiatrie, du soutien à l'allaitement et des ressources connexes peuvent aussi être nécessaires (p. ex. des tire-lait, des contenants et des réfrigérateurs pour conserver le lait).



- 4.1.57 L'utilisateur fait régulièrement l'objet d'une évaluation relative à l'hyperglycémie et à l'hypoglycémie, et son état est géré de manière appropriée.

**Conseils :**

Dans le milieu des soins critiques, c'est un risque qui concerne à la fois les usagers diabétiques et ceux n'ayant pas le diabète. Une maîtrise efficace de la glycémie peut contribuer à réduire la morbidité et la mortalité. Cela comprend l'application de critères de dépistage, le fait de cibler les taux de glucose idéaux et l'établissement de délais à respecter pour suivre régulièrement la situation de l'utilisateur en vue d'un dosage optimal des traitements à l'insuline dans l'unité de soins critiques.



- 4.1.58 Les interventions nécessaires pour la prévention et le traitement de la pneumonie acquise sous ventilation assistée (PVA) sont mises en œuvre pour tous les usagers intubés, sous trachéostomie ou sous ventilation mécanique.

**Conseils :**

Exemples de stratégies de prévention : l'élévation de la tête du lit; l'évaluation quotidienne visant à déterminer si l'utilisateur est prêt pour l'extubation; 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.

Il est recommandé d'utiliser des mesures et des cibles pour évaluer la stratégie de l'équipe en matière de prévention de la pneumonie acquise sous ventilation assistée (PAV) dans les unités de soins critiques.

Exemples de mesures :

- taux de PAV dans les unités de soins critiques par 1 000 jours de ventilation
- pourcentage de conformité aux stratégies de prévention de la PAV



- 4.1.59 Les interventions nécessaires sont mises en œuvre pour tous les usagers qui ont besoin d'un cathéter intravasculaire pour la prévention et le traitement des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux.

**Conseils :**

Exemples de stratégies de prévention liées à l'insertion d'un cathéter central : l'hygiène des mains, les précautions stériles maximales, l'utilisation de préparations de chlorhexidine dans l'antisepsie cutanée et la sélection du site de cathéter optimal. Les stratégies proposées pour l'entretien des cathéters centraux sont les suivantes : 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 qu'il n'y a pas d'inflammation.

Il est recommandé d'utiliser des mesures et des cibles pour évaluer la stratégie de l'équipe en matière de prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (CIC) dans les unités de soins critiques.

Exemples de mesures :

- taux de bactériémies liées aux cathéters centraux par 1 000 jours-cathéter
- pourcentage de conformité aux stratégies de prévention liées à l'insertion des cathéters centraux
- pourcentage de conformité aux stratégies de prévention liées à l'entretien des cathéters centraux



4.1.60 Des interventions sont mises en œuvre pour tous les usagers ayant besoin d'un cathéter urinaire, ce qui comprend la prévention et le traitement d'infections des voies urinaires liées aux cathéters.

**Conseils :**

Les usagers qui ont besoin d'un cathéter urinaire à demeure 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 usagers qui contractent une infection des voies urinaires devraient faire l'objet d'interventions précoces, conformément à des lignes directrices fondées sur des données probantes.

Il est recommandé d'utiliser des mesures et des cibles pour évaluer la stratégie de l'équipe en matière de prévention des infections des voies urinaires liées aux cathéters dans les unités de soins critiques.

Exemples de mesures :

- taux d'infections des voies urinaires liées aux cathéters
- pourcentage de conformité aux stratégies de prévention liées à l'insertion des cathéters urinaires
- pourcentage de conformité aux stratégies de prévention liées à l'entretien des cathéters urinaires



4.1.61 Les usagers sont surveillés pour détecter les signes de septicémie et recevoir les interventions nécessaires à la prévention et à la prise en charge adéquate.

**Conseils :**

La sepsie survient si la réaction du corps en présence d'une infection compromet la sécurité des tissus et des organes, ce qui peut entraîner la défaillance de plusieurs organes ou le décès si la septicémie n'est pas traitée rapidement.

Exemples des stratégies pour la prévention, la détection rapide et le traitement de la sepsie, dont, entre autres : la détection et le traitement des infections pouvant entraîner une septicémie (p. ex. pneumonie acquise dans la communauté, infection des voies urinaires) ainsi que la détermination et la réduction des facteurs de risque qui dépendent de l'utilisateur ou d'une conséquence non intentionnelle des soins (p. ex. âge, maladie chronique, grossesse, bébé prématuré ou nouveau-né, splénectomie, présence d'implants médicaux). Ces facteurs peuvent aggraver et accroître le risque d'infection ou faire progresser une septicémie.

Les usagers qui contractent une septicémie reçoivent des interventions rapides conformément à des lignes directrices fondées sur des données probantes.

Il est recommandé d'utiliser des mesures et des cibles afin d'évaluer la stratégie de l'équipe pour la prise en charge de la septicémie dans les unités de soins critiques.

Exemples de mesures :

- pourcentage d'usagers atteints de septicémie qui reçoivent des antibiotiques intraveineux dans les trois heures suivant la présentation;
- pourcentage d'usagers atteints de maladies septiques avec prélèvements d'hémocultures avant l'administration d'antibiotiques par intraveineuse;
- pourcentage d'usagers atteints de maladies septiques et soumis à une épreuve de remplissage adaptée contre l'hypotension ou la lactatémie dans le délai imparti.



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

L'accès au soutien émotionnel et au counseling est particulièrement important dans le milieu des soins critiques et peut aider les usagers et les familles à composer avec certains besoins et problèmes en matière de santé, dont le « syndrome post-soins intensifs ». Ce syndrome peut se manifester chez les usagers tandis qu'ils sont encore à l'unité de soins critiques (p. ex. faiblesse musculaire, fatigue extrême, dysfonction cognitive et troubles de santé mentale), puis se poursuivre après le retour à leur lieu de résidence. Le soutien peut aussi viser à aider les usagers à composer avec un diagnostic ou à prendre des décisions; il peut également être axé sur des questions d'éthique précises comme les directives préalables.

Pour fournir des services psychosociaux ou des services de soutien, on incite à faire appel à des travailleurs sociaux ou psychologues en leur réservant du temps pour les unités de soins critiques.



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

**Conseils :**

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



- 4.1.65 Une procédure conforme aux lois est suivie pour fournir un soutien à la prise de décision, en partenariat avec l'usager et la famille, sur le choix de recourir à des moyens de maintien artificiel de la vie, de les refuser ou d'y mettre fin.

**Conseils :**

Les familles reçoivent l'information dont elles ont besoin pour prendre une décision éclairée sur les moyens de maintien artificiel de la vie. Le processus respecte le cadre conceptuel d'éthique de l'organisme, répond aux exigences des lois conformément aux directives préalables et est communiqué aux usagers et aux familles. Il englobe aussi des directives sur la gestion des conflits entre les usagers ou les familles et les membres de l'équipe et entre les membres de l'équipe.



- 4.1.66 De l'assistance est offerte aux usagers en fin de vie et aux familles pour les aider à planifier un décès dans la dignité et à s'y préparer.

**Conseils :**

Tous les efforts possibles sont déployés pour répondre aux besoins des mourants. Cela peut englober le fait d'assurer l'intimité à l'utilisateur et à la famille, de désigner un membre de l'équipe présent en tout temps afin que l'utilisateur ne meure pas dans la solitude, et de voir à soigner l'apparence et l'hygiène de l'utilisateur.



- 4.1.67 Les pratiques culturelles et les croyances spirituelles des usagers et des familles en ce qui a trait à la mort et aux derniers moments de vie sont respectées.



- 4.1.68 Dans la mesure du possible, la présence des membres de la famille de l'utilisateur dans la chambre est permise pendant les interventions de survie.

**Conseils :**

La présence familiale dépend de la volonté de l'utilisateur et de sa famille. Il est recommandé d'assurer la présence d'un travailleur social ou d'un psychologue pour fournir un soutien émotionnel aux membres de la famille, et ce, qu'ils décident ou non d'être présents dans la chambre durant les interventions d'urgence. La présence de membres de la famille lors d'un événement traumatisant comme la réanimation peut reconforter l'utilisateur et contribuer au processus de deuil. La présence de membres de la famille dans la chambre peut devoir être limitée en raison d'un manque d'espace ou pour des raisons de sécurité.



- 4.1.69 Les données recueillies sur tous les décès s'étant produits à l'unité des soins intensifs (USI) sont accessibles, et il existe un processus pour examiner ces données, de façon à repérer les possibilités de dons manquées et à transmettre l'information de façon appropriée.

**Conseils :**

En examinant tous les décès, les membres de l'équipe peuvent évaluer quels décès auraient pu permettre un don d'organes et de tissus. La vérification des dossiers et l'examen des possibilités manquées favorisent l'identification des futurs donneurs potentiels.



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

**Conseils :**

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

Un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour travailler avec les usagers qui ont choisi des options allant à l'encontre des

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



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

**Conseils :**

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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


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

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

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

**Tests de conformité :**

- 4.1.74.1** Principal: L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 4.1.74.2** Principal: Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 4.1.74.3** Principal: Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 4.1.74.4** Principal: L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 4.1.74.5** Secondaire: L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
  - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
  - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

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

**Conseils :**

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

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



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

**Conseils :**

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

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

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



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

**Conseils :**

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

Un outil d'évaluation normalisé est utilisé pour évaluer le risque de réadmission après la fin des services.



- 4.1.78 Il existe des politiques et procédures relatives au don d'organes et de tissus.

**Conseils :**

Cela comprend l'identification des donneurs potentiels, le fait de s'adresser à la famille des donneurs potentiels, la vérification du registre des donneurs de la région (s'il y a lieu) et la collaboration avec l'organisme de dons d'organes (ODO).



- 4.1.79 Il existe des politiques et procédures pour assurer une prise en charge optimale des donneurs.



**Conseils :**

Cela comprend la surveillance de l'hémodynamie, de la glycémie et de la nutrition, des électrolytes, de la température, des glandes endocrines, de l'oxygénation et de la ventilation.



- 4.1.80 Il existe une politique relative au don après décès circulatoire (DDC)<sup>6</sup>.

**Conseils :**

La politique relative au don après décès circulatoire définit ce qui constitue un décès circulatoire, précise qui possède les qualifications requises pour le déterminer, établit les organes pouvant faire l'objet du DDC, fournit la marche à suivre après le décès circulatoire, ainsi que des cadres conceptuels d'éthique relatifs au DDC (p. ex. les médecins qui déterminent le DDC doivent être indépendants du processus d'approvisionnement et de greffes).



- 4.1.81 Il existe une politique sur le diagnostic de décès neurologique (DDN).

**Conseils :**

La politique relative au diagnostic de décès neurologique définit ce qui constitue un DDN, établit les analyses exigées pour le déterminer, précise qui possède les qualifications nécessaires à ce diagnostic, et comporte des cadres conceptuels d'éthique en la matière (p. ex. les médecins qui déterminent le DDN doivent être indépendants du processus d'approvisionnement et de greffes).



- 4.1.82 L'information nécessaire sur les implications du décès neurologique est fournie à la famille.

**Conseils :**

Des documents sur le décès neurologique, tels des dépliants ou des livrets, peuvent aider la famille à mieux comprendre la nature ou la gravité de la mort neurologique, et ce qui est arrivé à leur proche.



- 4.1.83 La politique suivie respecte les exigences légales qui s'appliquent lorsque vient le temps de s'adresser aux usagers et aux familles au sujet du don de tissus et d'organes.

**Conseils :**

La politique concernant les discussions sur le don de tissus et d'organes est conforme aux lois en vigueur et s'appuie sur les critères établis pour l'identification des donneurs potentiels. La décision du donneur potentiel ou de sa famille est versée au dossier de l'usager.



- 4.1.84 Des facteurs cliniques susceptibles de mener à un acheminement sont établis pour l'identification des donneurs d'organes potentiels.

**Conseils :**

Des facteurs cliniques susceptibles de mener à un acheminement devraient être établis pour aider les membres de l'équipe à savoir à quel moment communiquer avec les organismes de dons d'organe (ODO). Dans le cas des dons d'organes, ces facteurs cliniques devraient tenir compte des usagers exigeant une ventilation mécanique, de ceux pour lesquels il y a eu ordonnance du retrait des moyens de maintien artificiel de la

---

<sup>6</sup> Décès circulatoire (cardiocirculatoire) (DDC) : don d'organes après que l'équipe traitante et la famille ou les proches ont décidé de cesser les TMFV du patient et que son décès est constaté par critères circulatoires et confirmé par deux médecins.

vie par un médecin avec le consentement approprié de la famille ou de la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, ou de ceux qui répondent aux critères permettant d'établir un diagnostic de décès neurologique, en plus de permettre de s'assurer que les usagers répondent aux autres critères d'admissibilité pour un don d'organes et de tissus. Dans le cas des dons de tissus, ces facteurs tiennent compte des cas d'utilisateurs pour lesquels un diagnostic de décès cardiaque est établi.



- 4.1.85 L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement en ce qui concerne le don d'organes et de tissus.

**Conseils :**

La formation et le perfectionnement comprennent la communication d'information sur les politiques et procédures en matière de don d'organes et de tissus, notamment en ce qui concerne le don après décès circulatoire et le diagnostic de décès neurologique (DDN). Cela comprend la définition de mort imminente, l'utilisation des facteurs cliniques susceptibles de mener à un acheminement, et le fait de savoir qui joindre lorsque des possibilités de don d'organes et de tissus se présentent.



- 4.1.86 L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement sur la façon de soutenir et d'informer les familles de donneurs potentiels d'organes et de tissus, et ce, avec l'apport des familles concernées.

**Conseils :**

La formation et le perfectionnement comprennent la communication d'information sur le respect de la culture et des croyances de la famille lorsqu'il est question de don d'organes et de tissus, sur les personnes les plus appropriées et qualifiées pour aborder les familles des donneurs potentiels, sur les méthodes permettant de discuter de don d'organes et de tissus (p. ex. une approche de type découplage), et sur les autres personnes qui doivent prendre part à la discussion avec la famille (p. ex. un travailleur social, une personne offrant un soutien spirituel ou un représentant d'un organisme de dons d'organes (ODO)).



- 4.1.87 Quand le décès de donneurs potentiels est imminent ou établi, l'information est transmise sans délai à l'organisme de dons d'organes (ODO) ou à la banque de tissus.

**Conseils :**

Le fait d'informer rapidement l'organisme de dons d'organes (ODO) des donneurs potentiels augmente la probabilité du don d'organes et de tissus. Dans bon nombre de provinces et territoires, des lois précisent la procédure à suivre quand le décès est imminent. Là où c'est le cas, la loi exige que le ODO concerné soit avisé lorsqu'un usager décède ou qu'un médecin établit un diagnostic de décès neurologique (DDN).



- 4.1.88 Tous les aspects du processus de don, y compris la décision de la famille au sujet du don d'organes et de tissus, sont consignés au dossier de l'utilisateur.

**Conseils :**

Le dossier de l'utilisateur indique que l'utilisateur a été identifié en tant que donneur potentiel, qu'on s'est adressé à la famille au sujet du don d'organes et qu'on a communiqué avec le service d'approvisionnement en organes (SAO), ainsi que la décision prise relativement au don d'organes et de tissus.



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

**Conseils :**

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

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

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

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

**Tests de conformité :**

- 4.1.89.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- 4.1.89.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 4.1.89.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 4.1.89.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 4.1.89.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).

- 4.1.89.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 4.1.89.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 4.1.89.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

## 4.2 Prévention et contrôle des infections - Services de soins critiques



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

### Conseils :

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

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

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

### Tests de conformité :

- 4.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :
- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
  - mesurer l'utilisation d'un produit;

- inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
- évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

4.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

4.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.



4.2.2 La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

#### Conseils :

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes d'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit:

- avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

#### Tests de conformité :

4.2.2.1 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



4.2.3 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

#### Conseils :

Les usagers, les familles et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres.



4.2.4 Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.

**Conseils :**

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.



- 4.2.5 Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.



- 4.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.

**Conseils :**

Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.



- 4.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

**Conseils :**

Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).



- 4.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.

**Conseils :**

Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.



- 4.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

**Conseils :**

Par exemple, l'organisme peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.



- 4.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.

**Conseils :**

Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.



- 4.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.

**Conseils :**

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

### 4.3 Gestion des médicaments - Services de soins critiques



- 4.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**





Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.



- 4.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).

-  4.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.
-  4.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.
- Conseils :**
- Par exemple, l'utilisateur peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.
-  4.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.
-  4.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.
-  4.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.
- Conseils :**
- Les critères de sélection englobent la capacité de l'utilisateur à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.
-  4.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.
- Conseils :**
- Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'utilisateur dans un tiroir verrouillé.
-  4.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.
-  4.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.
- Conseils :**
- Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.
-   4.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'utilisateur avant son administration.
-   4.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.
- Conseils :**
- La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des



médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'usager ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.



- 4.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'usager l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.

**Conseils :**

Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'usager a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'usager.



- 4.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.

**Conseils :**

Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'usager. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.



- 4.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque usager sont surveillés et consignés.

**Conseils :**

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'usager, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



- 4.3.16 Chaque usager est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



- 4.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des usagers afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

**Conseils :**

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



- 4.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux usagers et aux familles les incidents liés à la sécurité des usagers sont respectées.



#### 4.4 **Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de soins critiques**



- 4.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

**Conseils :**



Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.

- 
- 
- 4.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

**Conseils :**

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.



Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.

- 
- 
- 4.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

## Chapitre 5 : Services de néonatalogie


Le service de néonatalogie accueille des nouveau-nés qui présentent des complications de la prématurité ou d'autres anomalies nécessitant l'intervention de spécialistes en pédiatrie ou chirurgie.<sup>7</sup> Les services de néonatalogie de niveaux 2 et 3 sont évalués.

### 5.1 Épisode de soins - Services de néonatalogie

-   5.1.1 Une approche personnalisée est utilisée pour fournir des soins critiques aux diverses populations cibles, y compris néonatales, pédiatriques, et/ou aux patients adultes.


#### Conseils :

Des approches spécialisées sont requises dans les soins critiques aux usagers chez les adultes, en pédiatrie et en néonatalogie. Cela devrait notamment comprendre une formation, une expertise et de l'équipement spécialisés, de même que des guides de pratique clinique fondés sur l'âge et le stade de développement de l'usager. Par exemple, les soins du développement sont recommandés pour les nouveau-nés à haut risque en vue de maximiser leur développement neurologique et réduire les risques de problèmes cognitifs et comportementaux (p. ex. éclairage ajustable, niveaux de bruit réduits, positionnement particulier et participation de la famille).

-  5.1.2 Un cadre est établi pour la prestation de soins critiques de proximité à l'intérieur de l'organisme ou à d'autres organismes, selon le cas.


#### Conseils :

Il existe diverses approches collaboratives de prestation de soins critiques externes, qui dépendent de la taille de l'organisme et de la gamme des services (p. ex. centres de traumatologie et hôpitaux communautaires). Il peut notamment s'agir d'équipes mobiles officielles envoyées dans le service par des unités de soins critiques (p. ex. équipes d'intervention rapide ou équipes médicales d'urgence), de membres spécialement formés de l'équipe de service sur place, ou de consultations en télésanté avec l'équipe de soins critiques (p. ex. à l'aide de téléphones, d'ordinateurs et d'équipement de vidéoconférence). Cela peut comprendre l'évaluation et la stabilisation de l'état des usagers, la formation et le soutien des membres de l'équipe, et le suivi auprès des usagers après leur congé. Pour les organismes qui offrent des soins critiques externes, il doit idéalement y avoir un cadre pour veiller à ce que les membres de l'équipe soient régis par les mêmes politiques et procédures que celles de l'organisme, ce qui comprend la protection de la confidentialité et des renseignements personnels des usagers, le respect des guides de pratique clinique et la consignation des soins fournis. Si les membres de l'équipe fournissent des services de télésanté, ils peuvent aussi devoir s'assurer de respecter les lois et règlements applicables selon leur province ou territoire.

-  5.1.3 Les principales sources d'acheminement sont connues et les services sont coordonnés avec ces unités et organismes.

#### Conseils :

Il existe un procédé de travail en collaboration avec les partenaires pour accroître le rendement et l'efficacité des services.

-  5.1.4 Les effectifs nécessaires sont déterminés et maintenus pour offrir une qualité de service constante à toute heure, et ce, tous les jours.

<sup>7</sup> MSSS (2012) Répertoire des guides de planification immobilière. Unité de soins critiques <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-610-07W.pdf>

**Conseils :**

L'efficacité de l'affectation du personnel est évaluée et des modifications sont apportées au besoin. Un effectif réduit, par exemple en soirée et en fin de semaine, peut entraîner des résultats négatifs chez les usagers.



- 5.1.5 Des stratégies sont en place pour contribuer à prévenir les erreurs en cas de perfusions intraveineuses multiples, ce qui comprend la formation et le perfectionnement.

**Conseils :**

Dans des milieux à risques élevés, la manipulation de perfusions intraveineuses multiples comporte des risques particuliers en matière de sécurité, notamment celui que des tubes de perfusion soient interchangeés et que l'usager se fasse administrer le mauvais médicament par inadvertance.



- 5.1.6 Un processus est en place pour communiquer avec les membres de l'équipe qui ont admis l'usager, avec ceux qui l'ont acheminé et avec le médecin de famille au sujet de leurs rôles respectifs concernant la prestation de soins.

**Conseils :**

La communication entre les équipes et les prestataires est essentielle à la continuité des services. Bien que les médecins de famille ainsi que les prestataires qui s'occupent de l'admission ou ceux qui acheminent des usagers ne participent habituellement pas directement aux soins prodigués dans une unité de soins critiques fermée, ils peuvent avoir un rôle à jouer dans le cas d'une unité de soins critiques ouverte et lorsque des soins sont nécessaires après un transfert ou un congé.



- 5.1.7 Le modèle de soins de l'unité de soins critiques est approprié au niveau de soins qu'on y offre.

**Conseils :**

Le modèle de soins suivi dépend de l'importance des soins et du type d'unité de soins intensifs. Les unités de soins aigus de haut niveau ou de haute intensité suivent un modèle de soins établi par un intensiviste ou un spécialiste des soins critiques. Ces unités qui travaillent avec les patients aux soins les moins aigus (p. ex. les unités de faible intensité) ont accès à un intensiviste ou un spécialiste en soins critiques par l'intermédiaire de soins directs ou à des fins de consultation (p. ex. disponible tous les jours par téléphone et lors de la sortie). Lorsqu'un intensiviste ou un spécialiste en soins critiques est disponible pour consultation, l'équipe doit suivre le processus de consultation dont elle dispose.

Les unités qui utilisent des modèles mixtes de conception des soins adaptent leur unité au plus haut niveau de soins fournis.



- 5.1.8 Un processus permet d'évaluer les usagers potentiels selon les critères d'admission en soins critiques.

**Conseils :**

Ce processus sert à déterminer si les usagers potentiels ont besoin de soins critiques et à établir le niveau de soins critiques approprié selon leur état. Les critères d'admission englobent le risque de mort subite ou de détérioration physique importante chez l'usager ainsi que les chances que l'usager tire des bienfaits des soins critiques. Le fait d'appliquer ces critères permet de déterminer si les services offerts par l'équipe répondent aux besoins et aux préférences des usagers en ce qui concerne les traitements de survie, et de cerner les besoins immédiats et urgents des usagers et d'établir les priorités en matière de service. Le processus est adapté aux usagers et aux familles ayant des besoins diversifiés (p. ex. langue, culture, scolarité, style de vie et compétences). Les

points de vue de tous les membres de l'équipe, y compris les médecins, le personnel infirmier et les inhalothérapeutes, sont pris en compte. Les organismes ayant plusieurs établissements doivent normaliser ce processus dans l'ensemble de leurs équipes de soins critiques.



- 5.1.9 L'équipe de soins critiques travaille en collaboration avec les autres équipes de l'organisme pour déterminer le processus de surveillance des usagers, y compris le processus entourant le passage aux soins critiques.

**Conseils :**

Le processus de surveillance des usagers est soutenu par un système d'évaluation des risques (élaboré à l'interne ou rattaché à un outil reconnu) ou des systèmes de surveillance servant à détecter les signes avant-coureurs de détérioration clinique qui exigent de passer aux soins critiques (p. ex. changements concernant la respiration ou la fréquence cardiaque). Ce processus couvre aussi la baisse du niveau de soins pour éviter les admissions non nécessaires à l'unité de soins critiques. Selon la gravité de l'état, l'usager peut être soigné dans l'unité où il se trouve ou transféré à l'unité de soins critiques, au besoin.



- 5.1.10 Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un usager potentiel, l'accès à un autre service est facilité.

**Conseils :**

Dans le cas où l'organisme ne peut répondre aux besoins d'un usager, les raisons sont expliquées et l'accès à d'autres services est facilité. L'information est consignée en vue d'être utilisée dans la planification des services.



- 5.1.11 Les usagers et les familles sont informés du membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leurs services et de la façon de joindre cette personne.

**Conseils :**

Le membre désigné peut être le membre de l'équipe collaborative qui est le plus régulièrement en contact avec l'usager ou le principal prestataire responsable des soins.



- 5.1.12 La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les usagers en se présentant et en expliquant leur rôle, en demandant la permission avant d'effectuer une tâche, en expliquant ce qu'ils font, en parlant d'un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations ou en rassurant les usagers, en leur permettant de poser des questions ou d'émettre des commentaires, en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses ou leur style de vie, et en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.



- 5.1.13 Les usagers et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins.

**Conseils :**

Le milieu encourage les usagers et les familles à prendre une part active dans leurs soins, à poser des questions et à émettre des commentaires à toutes les étapes du processus de soins.



- 5.1.14 La capacité de chaque usager de participer à ses soins est déterminée en partenariat avec l'usager et sa famille.

**Conseils :**

La capacité de participer à ses propres soins diffère pour chaque usager. À chaque étape du processus de soins, le membre approprié de l'équipe travaille avec l'usager, la famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'usager pour déterminer la quantité et le type d'information dont l'usager ou la famille a besoin pour participer à ses soins de façon significative. Cette information est également consignée dans le dossier de l'usager.



- 5.1.15 Des renseignements précis et complets sont communiqués à l'usager et à la famille en temps opportun tout en respectant le souhait de l'usager de prendre part à la prise de décision.

**Conseils :**

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle à un choix éclairé et à une prise de décisions conjointe entre les usagers, les familles et l'équipe. Les renseignements sont transmis selon les besoins et intérêts de la personne et en fonction de son niveau de compréhension.

Les usagers et les familles sont mis au courant des risques et bienfaits des soins, des rôles et responsabilités de l'usager dans la prestation des services, ainsi que des avantages, des limites et des résultats possibles des interventions ou services proposés, de la façon de se préparer aux tests et aux traitements, de la disponibilité de services de counseling et de groupes de soutien ainsi que de la façon de joindre les membres de l'équipe en cas d'urgence ou de situation de crise.

Divers niveaux et types de renseignements sont offerts à différentes étapes de la prestation des soins pour répondre aux besoins et aux souhaits de l'usager quand cela est possible. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission (p. ex., les sujets graves exigent une approche plus structurée).



- 5.1.16 L'équipe s'assure que l'usager et la famille comprennent bien l'information concernant les soins.

**Conseils :**

Au moment de fournir de l'information aux usagers et aux familles, le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, l'invalidité ainsi que la langue et la culture sont pris en compte.

Les processus utilisés pour vérifier que les usagers ont bien compris l'information sont, entre autres, les suivants : encourager les usagers à poser des questions et accorder du temps à cet effet; demander à l'usager de répéter l'information fournie; s'assurer que la communication s'effectue dans la même langue que celle de l'usager, tout en respectant sa culture, dans la mesure du possible; utiliser des supports visuels ou vidéo, dans la mesure du possible; et, établir un échange continu pendant lequel l'équipe confirme fréquemment que l'usager a bien compris l'information fournie.



- 5.1.17 Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et à leurs familles.

**Conseils :**

Le matériel écrit est offert dans les langues parlées couramment au sein de la communauté, s'il y a lieu. Des services d'interprétation sont disponibles si les usagers ou les familles en ont besoin, dans la mesure du possible.



- 5.1.18 La capacité de l'usager à fournir un consentement éclairé est évaluée.

**Conseils :**

L'évaluation de la capacité de l'utilisateur à fournir son consentement est un processus continu. Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre l'information pertinente à la prise de décisions, de prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et de comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier.

Les lois régionales et nationales sont respectées en ce qui concerne le travail auprès des enfants et des jeunes. Dans les cas où les usagers sont des personnes âgées, des mineurs ou des personnes jugées incapables de donner un consentement, ceux-ci participent le plus possible aux décisions concernant leurs services, et l'équipe accorde de l'importance à leurs questions et à leurs commentaires.



- 5.1.19 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.

**Conseils :**

Le consentement éclairé consiste à examiner l'information sur les services avec l'utilisateur, sa famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur; à l'informer des possibilités qui s'offrent à lui et à lui laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de lui demander son consentement. Il consiste aussi à respecter les droits, la culture et les valeurs de l'utilisateur, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment, et à inscrire sa décision dans son dossier. Le processus de consentement est continu.

Il y a consentement tacite quand on offre des services pour lesquels il n'est pas nécessaire d'obtenir un consentement écrit, comme quand les usagers arrivent pour un rendez-vous ou un cours, qu'on vérifie leur tension artérielle, qu'ils présentent leur bras pour une prise de sang, qu'ils arrivent par le biais des services médicaux d'urgence ou quand leur vie est menacée ou que leur état est urgent et exige une réanimation immédiate.



- 5.1.20 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.

**Conseils :**

Une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur est consultée lorsqu'il est incapable de prendre une décision, et les directives préalables sont utilisées, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits de l'utilisateur. Dans ce cas, la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur reçoit de l'information sur ses rôles et ses responsabilités, et on lui donne l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de discuter des possibilités qui s'offrent à l'utilisateur. La personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur peut être désignée selon la loi ou peut être un défenseur des droits des usagers, un membre de la famille, un tuteur ou un aidant.

Si le consentement est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, son nom, son lien avec l'utilisateur, ainsi que la décision prise sont inscrits dans le dossier de l'utilisateur.

Lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes, le consentement éclairé est donné par l'enfant, le jeune, la famille ou le tuteur et inscrit au dossier avant la prestation des services. Le processus de consentement utilisé prévoit de les faire participer le plus possible à la prise de décisions à propos d'un service, d'une intervention ou d'un traitement, et d'accorder de l'importance à leurs opinions et à leurs questions.



- 5.1.21 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.

**Conseils :**

Il existe un processus structuré d'examen des questions d'éthique pour déterminer les cas où l'on peut faire participer un usager à une activité de recherche. Les activités de recherche peuvent comprendre des essais cliniques, l'évaluation de nouveaux protocoles ou de changements apportés à des protocoles existants. Les usagers et les familles participent à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche participatifs, le cas échéant (p. ex. à la collecte de données qualitatives pour des initiatives d'amélioration de la qualité).



- 5.1.22 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.

**Conseils :**

Les questions d'éthique sont soulevées quand des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être très graves, il peut s'agir de question de vie ou de mort ou de questions liées aux activités quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre à risque, le triage des membres de la communauté durant une situation d'urgence, les demandes de retrait de certains services spécifiques ou la fin des services, dont les services de soutien et de maintien artificiel de la vie, et les soins en fin de vie, en sont des exemples.

Le cadre d'éthique de l'organisme est utilisé pour gérer et régler les questions d'éthique. Elles peuvent être prises en charge par un comité d'éthique ou une équipe de consultation qui peut comprendre des professionnels de la santé, des membres du clergé ou des éthiciens. En plus d'offrir des consultations cliniques, le comité d'éthique peut prendre part à l'examen des politiques et à la sensibilisation à l'éthique.

Les questions d'éthique liées à des usagers précis sont consignées au dossier des usagers concernés.



- 5.1.23 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.

**Conseils :**

Les droits des usagers et des familles comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment l'information sur l'utilisateur sera utilisée, le droit d'avoir accès à leur dossier et à l'information qui les concerne, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles ainsi que le droit de prendre des risques et de ne subir aucun mauvais traitement, aucune exploitation et aucune discrimination.

Les droits des usagers et des familles en matière de prestation de services englobent le droit de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation d'un service; de prendre part à tous les aspects d'un service et de faire des choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation du service; de remettre en question une décision relative au plan d'intervention interdisciplinaire ou de déposer une plainte; de participer ou de refuser de participer à une recherche ou à des essais cliniques; de recevoir des services sûrs et offerts par des personnes compétentes; et, de faire part de ses inquiétudes quant à la qualité d'un service.

Les responsabilités de l'utilisateur et de la famille comprennent le fait de traiter les autres avec respect, de fournir de l'information exacte, de signaler les risques pour la sécurité et de se conformer aux règles et aux règlements.

L'information est fournie à l'accueil ou à l'admission. Elle est adaptée aux divers besoins comme la langue, la culture, le niveau de scolarité, le style de vie et les déficiences physiques ou mentales. Si l'information ne peut être fournie à l'utilisateur et à la famille à l'accueil, celle-ci est offerte par la suite dans les meilleurs délais.





5.1.24 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.



5.1.25 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Un milieu où les usagers, les familles et les membres de l'équipe sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes est favorisé. L'organisme fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les familles peuvent obtenir des conseils ou une consultation. En cas d'utilisation de dossiers de santé électroniques, il existe un processus pour recevoir les plaintes et les questions des usagers au sujet de la confidentialité des dossiers électroniques, et pour y donner suite.

Les allégations présentées par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi réglées.



5.1.26 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent :

- les antécédents médicaux;
- les allergies;
- le profil pharmaceutique;
- l'état de santé;
- l'état nutritionnel;
- les besoins en matière de soins palliatifs;
- les besoins alimentaires.

Les éléments relatifs à la santé psychosociale comprennent :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et des aidants naturels;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que 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 socio-économique;
- les croyances et les besoins d'ordre culturel et spirituel.



5.1.27 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Le processus d'évaluation est aussi simplifié que possible, de façon à ce que les usagers n'aient pas à répéter l'information aux nombreux prestataires ou membres de l'équipe. S'il y a lieu, une évaluation interdisciplinaire ou collaborative peut être effectuée avec l'utilisateur, la famille et les membres appropriés de l'équipe.



- 5.1.28 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.

**Conseils :**

Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.

Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'usager. Voici des exemples d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'usager, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'usager ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'usager, la reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'usager et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'usager ou la famille.

L'identification de l'usager est faite en partenariat avec l'usager et la famille en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les familles ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

**Tests de conformité :**

- 5.1.28.1** Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.



- 5.1.29 Une évaluation des besoins de l'usager en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie est effectuée, s'il y a lieu, en partenariat avec l'usager et la famille.

**Conseils :**

La nécessité d'effectuer une évaluation des besoins en matière de soins palliatifs peut être exprimée par l'usager ou la famille ou être cernée par l'équipe. Les types de services qui pourraient être requis sont déterminés. La détermination rapide des besoins en matière de soins palliatifs permet aux usagers et aux familles de participer à la planification des soins et peut améliorer la qualité des soins et la satisfaction des familles tout au long du processus.

Dans un organisme ou un secteur de services qui n'offre pas de soins palliatifs ou de soins en fin de vie, l'évaluation permet de cerner la nécessité d'acheminer l'usager et la famille aux services appropriés.



- 5.1.30 Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis à l'usager sont déterminés en partenariat avec l'usager et la famille.

**Conseils :**

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences de l'usager comme défini dans son évaluation sont utilisés pour élaborer les objectifs des services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières de l'usager, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres organismes qui offrent des services à l'usager.



- 5.1.31 Au cours de l'évaluation, un processus est en place pour déterminer, en partenariat avec l'utilisateur et la famille, si l'utilisateur dispose de directives préalables et si cette information est consignée au dossier.

**Conseils :**

Les directives préalables englobent les préférences de l'utilisateur en ce qui concerne les mesures de réanimation. Les directives préalables sont consignées au dossier de l'utilisateur et cette information est transmise aux membres des équipes internes et externes, au besoin. Une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur peut être consultée lorsque l'utilisateur est incapable de prendre une décision de lui-même. Dans ce cas, la personne chargée de prendre des décisions en son nom reçoit de l'information sur ses rôles et responsabilités, pose ses questions et discute de ses préoccupations et des possibilités qui s'offrent à l'utilisateur. La personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur peut être désignée selon la loi ou peut être un défenseur des droits des usagers, un membre de la famille, un tuteur ou un soignant.



- 5.1.32 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

**Conseils :**

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider l'équipe à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils d'évaluation normalisés comporte des avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont une meilleure efficacité, une collecte de renseignements d'une plus grande exactitude, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

Les outils d'évaluation normalisés utilisés varieront selon les besoins de l'utilisateur et selon le type et la gamme de services fournis. Les outils d'évaluation normalisés utilisés sont éclairés par des données probantes et utiles pour les services fournis.



- 5.1.33 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.

**Conseils :**

La recherche démontre que chez plus de 50 % des usagers, il y a au moins une divergence entre la liste de médicaments de la maison et les médicaments prescrits à l'admission à l'hôpital. Un bon nombre de ces divergences sont susceptibles de conduire à des événements indésirables liés aux médicaments.

Le bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) qui comprend la liste de tous les médicaments (notamment les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments) que l'utilisateur prend. Le MSTP précise également le mode d'administration, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la concentration, s'il y a lieu. Pour produire le MSTP, il faut poser des questions à l'utilisateur, à la famille ou au soignant et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical antérieur de l'utilisateur ou un pharmacien communautaire. Une fois produit, le MSTP est un outil de référence important pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.

Le bilan comparatif des médicaments à l'admission peut être établi selon deux modèles. Selon le modèle proactif, le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission. Selon le modèle rétroactif, le MSTP est produit après la rédaction des ordonnances de médicaments à l'admission et après une comparaison, faite en temps opportun, entre le MSTP et les ordonnances de médicaments faites à

l'admission. Peu importe le modèle utilisé, il est important de déceler, de résoudre et de consigner les divergences.

Aux points de transition, en plus des médicaments que l'utilisateur prend, il est important de tenir compte des médicaments qu'il prenait avant son admission (tel qu'il est indiqué dans le MSTP) et qu'il serait approprié qu'il continue de prendre, qu'il recommence à prendre, qu'il arrête de prendre ou qui devront être modifiés. Par exemple, le bilan comparatif des médicaments devrait se faire au moment du congé ou lorsqu'il y a un changement de médicaments ou que les médicaments sont prescrits de nouveau dans le cadre d'un transfert entraînant un changement du milieu où les services sont dispensés (p. ex. de l'unité des soins critiques à une unité de médecine, ou d'un établissement à un autre dans un même organisme). Il n'est pas nécessaire de dresser le bilan comparatif des médicaments en cas de changement de lit.

Les usagers devraient être considérés comme des partenaires actifs dans la gestion de leurs médicaments et ils devraient recevoir les renseignements sur les médicaments qu'ils devraient prendre dans un format et un langage qu'ils peuvent comprendre. Les usagers devraient être encouragés à conserver une liste de médicaments à jour et à en faire part à leurs prestataires de soins.

#### Tests de conformité :

- 5.1.33.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.
- 5.1.33.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.
- 5.1.33.3 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.
- 5.1.33.4 L'utilisateur, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.



- 5.1.34 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en œuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.

#### Conseils :

Les usagers admis à l'hôpital présentent un risque accru de faire une chute et de se blesser, puisqu'ils se retrouvent dans un milieu qui ne leur est pas familier en plus de devoir s'adapter à un changement au niveau de leur fonctionnement physique ou cognitif (Stephenson et coll., 2016). La réduction des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les usagers et réduire la durée de l'hospitalisation et les coûts.

Pour être efficaces, la prévention des chutes et la réduction des blessures exigent une approche interdisciplinaire et le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre en œuvre une approche coordonnée de prévention des chutes et de réduction des blessures dans l'organisme, tout en reconnaissant les besoins uniques dans les différents services. Il est aussi utile de désigner des personnes pour faciliter la mise en place de cette approche.

Les organismes devraient déterminer et adopter des précautions pour tous les usagers, peu importe les risques de chutes. L'acronyme SAFE (sécurité des lieux, assistance à la mobilité, facteurs de risque réduits et enseignement au client et à sa famille) décrit les quatre stratégies clés des précautions universelles de prévention des chutes. La directive

de l'Institute for Clinical Systems Improvement (2012) recommande pour sa part les interventions universelles suivantes : familiariser l'utilisateur avec le milieu; placer les boutons d'appel à un endroit atteignable en tout temps et observer la façon dont les usagers les utilisent; garder les biens personnels à portée des usagers; installer des rampes solides dans les salles de bain, les chambres et les couloirs; garder les lits à faible hauteur et bloquer les freins; fournir des chaussures antidérapantes bien ajustées aux usagers; utiliser des veilleuses ou un éclairage d'appoint; garder le sol propre et sec; nettoyer rapidement tous les liquides renversés; garder en ordre les aires où les soins sont dispensés. Il est important d'établir des précautions qui correspondent au milieu clinique et aux besoins des usagers de ce milieu.

De la formation sur l'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures, sur les précautions universelles et sur les stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures est régulièrement offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles. De l'information facile à comprendre est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour leur donner les moyens d'assumer un rôle actif dans la prévention des chutes et la réduction des blessures.

Il est important d'évaluer régulièrement si les activités de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes ont ou non les répercussions escomptées et si elles répondent aux besoins des usagers, familles et membres de l'équipe. Divers moyens permettent d'évaluer l'efficacité, qu'il s'agisse de discussions spontanées, d'entrevues, de sondages ou de vérifications. Des initiatives d'évaluation de l'amélioration de la qualité et des réunions de bilan après les chutes peuvent aussi contribuer à cerner les lacunes en matière de sécurité, à éviter que les chutes se produisent à nouveau ou à réduire les blessures causées par les chutes.

#### Tests de conformité :

- 5.1.34.1 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les blessures causées par les chutes.
- 5.1.34.2 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.
- 5.1.34.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.

- 5.1.35 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en œuvre.

NOTA : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.

#### Conseils :

Les plaies de pression ont d'importantes répercussions sur la qualité de vie des usagers, puisqu'elles causent de la douleur, ralentissent la guérison et augmentent le risque d'infection. Un lien a aussi été établi entre les plaies de pression et une augmentation de la durée des séjours, des coûts et de la mortalité. Les stratégies efficaces de prévention des plaies de pression peuvent réduire l'incidence des plaies de pression et sont une indication d'une qualité supérieure de soins et de services.

Les stratégies de prévention des plaies de pression exigent une approche interdisciplinaire, de même que le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre au point un plan pour appuyer une formation complète sur la prévention des



plaies de pression et de nommer des personnes pour faciliter la mise en œuvre d'une approche normalisée pour l'évaluation des risques, l'application des lignes directrices relatives aux meilleures pratiques et la coordination des équipes de soins de santé.

Une prévention des plaies de pression efficace commence par le recours à une échelle d'évaluation des risques validée, telle que :

- l'échelle de Braden (Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk);
- l'échelle de Norton (Norton Pressure Sore Risk Assessment Scale);
- l'interRAI Pressure Ulcer Risk Scale (soins de longue durée);
- l'échelle de Waterlow (Waterlow Score);
- l'échelle de Gosnell (Gosnell Scale);
- l'échelle de Knoll (Knoll Scale);
- l'échelle de SCIPUS (Spinal Cord Injury Pressure Ulcer Scale).

Un certain nombre de lignes directrices en matière de meilleures pratiques pouvant contribuer à l'élaboration de stratégies de prévention et de traitement des plaies de pression sont aussi disponibles, dont des évaluations des risques, des réévaluations, des interventions, de la formation et de l'évaluation.

#### Tests de conformité :

- 5.1.35.1 Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'utilisateur au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.
- 5.1.35.2 Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'utilisateur.
- 5.1.35.3 Des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, sont mis en œuvre pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.
- 5.1.35.4 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles et les aidants reçoivent de la formation sur les facteurs de risque ainsi que sur les protocoles et procédures pour prévenir les plaies de pression.
- 5.1.35.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.

- 5.1.36 Les préférences de l'utilisateur et les options relatives aux services sont discutées dans le cadre de l'évaluation, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

#### Conseils :

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, de même que les différentes options possibles pour ses soins et services sont discutés avec l'utilisateur et la famille. L'équipe et l'utilisateur s'engagent dans une prise de décisions conjointe qui tient compte des préférences de l'utilisateur, des résultats attendus et des risques et bienfaits liés aux options.

Par exemple, diverses stratégies de gestion de la douleur peuvent faire l'objet de discussions, comme les analgésiques, ce qui comprend les opioïdes et les adjuvants, de même que les interventions d'ordre physique, comportemental et psychosocial, et l'utilisateur peut choisir l'option qu'il préfère.



Les possibilités d'auto-soins, la vie privée, les visiteurs, les traitements, les tests et les soins personnels comme ceux liés au sommeil, au bain et à l'alimentation comptent parmi les autres préférences discutées.



- 5.1.37 Un accès aux services de soutien, tels que les analyses de laboratoire et l'imagerie diagnostique, y compris des examens pratiqués au point de service, est offert en tout temps.

**Conseils :**

L'accès au moment opportun à des services tels que les analyses de laboratoire et l'imagerie diagnostique est essentiel pour que l'équipe de soins critiques puisse offrir des soins efficaces et de qualité. Les examens pratiqués au point de services peuvent englober les analyses de laboratoire, telles que les prises de sang, ou l'imagerie diagnostique, comme une échographie ou une endoscopie.



- 5.1.38 Les épreuves diagnostiques les moins invasives sont sélectionnées pour obtenir l'information nécessaire et, lorsque cela est possible, plusieurs épreuves sont effectuées simultanément.

**Conseils :**

Le confort de l'utilisateur est pris en compte au moment de déterminer l'ordre dans lequel les épreuves sont réalisées.



- 5.1.39 Le transport des usagers dirigés vers les unités de soins critiques ou acheminés par ceux-ci s'effectue de façon sécuritaire.

**Conseils :**

Les usagers sont transportés de façon sécuritaire au sein de l'organisme et entre les différents organismes. Un processus est utilisé pour veiller à ce que l'utilisateur soit prêt pour le transport et à ce que l'information appropriée soit communiquée à l'équipe qui le recevra, s'il y a lieu. Cela comprend le fait d'évaluer l'état clinique de l'utilisateur et son niveau de préparation au transport, de déterminer la médication nécessaire, de s'assurer que l'équipement au point de destination est prêt, de faire un compte rendu de la situation à l'équipe qui reçoit l'utilisateur, et d'aviser la famille. Le processus de transfert comporte aussi l'identification de la personne désignée pour accompagner l'utilisateur durant le transport.

Dans un certain nombre de provinces ou territoires, les exigences relatives au transport entre établissements sont établies par les services de santé d'urgence (p. ex. l'échelle utilisée pour évaluer l'état de l'utilisateur, et l'équipement requis).



- 5.1.40 Les résultats de l'évaluation sont communiqués à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe en temps opportun et de manière facile à comprendre.

**Conseils :**

La communication des résultats des évaluations, lorsque nécessaire, améliore la clarté et évite la répétition. Pour que l'information soit facile à comprendre, les renseignements sont adaptés au niveau d'alphabétisme de l'utilisateur, à sa langue et à sa culture.




- 5.1.41 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.

**Conseils :**

Le plan d'intervention interdisciplinaire repose sur les résultats de l'évaluation de même que sur les objectifs et les résultats attendus des services. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des autres membres de l'équipe, d'autres organismes, ainsi



que des usagers et des familles. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents de l'usager, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments, y compris les problèmes ou les réactions indésirables liés aux médicaments.

Le plan comprend le lieu de prestation et la fréquence des services, les délais avant le début des services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des services, la façon dont sera évaluée l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.

-   5.1.42 Les autres équipes ou organismes sont informés de la date prévue du congé dans le cas des usagers qui seront rapatriés, de manière à favoriser le transfert en temps opportun.


**Conseils :**

L'équipe travaille de manière à donner au moment opportun la date précise prévue pour le congé aux autres équipes et au reste de l'organisme, et elle met l'information à jour au besoin.

-   5.1.43 Des tournées quotidiennes sont effectuées par l'équipe en partenariat avec l'usager et la famille.



**Conseils :**

L'équipe qui effectue les tournées est interprofessionnelle et peut être composée d'intensivistes, de médecins, de personnel infirmier, de pharmaciens, de diététistes, de physiothérapeutes, d'inhalothérapeutes, de travailleurs sociaux et de personnes qui offrent du soutien spirituel. Il se peut que des représentants d'autres professions soient invités à se joindre à certaines tournées, au besoin. Les tournées sont ouvertes aux usagers et aux familles. Même s'ils ne peuvent pas toujours y être présents, l'équipe permet aux usagers et aux familles de contribuer utilement dans ce cas (p. ex. en écrivant leurs préoccupations ou leurs questions sur un tableau ou en déléguant une personne pour les représenter).

-  5.1.44 Tous les services que l'usager a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire, sont consignés dans le dossier de l'usager.

**Conseils :**

Le dossier de l'usager, qui réunit toute l'information à un seul endroit, est accessible à l'équipe qui offre les soins, y compris aux usagers.

-   5.1.45 L'état de santé de l'usager est réévalué en partenariat avec l'usager, et des mises à jour sont consignées dans son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état de santé.

**Conseils :**

Le fait de ne pas signaler un changement dans l'état de l'usager ou de tarder à le faire, en particulier lorsqu'il y a une détérioration de son état, constitue un obstacle important à la prestation de soins et de services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans l'état de santé de l'usager est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.

-  5.1.46 Des mesures cliniques normalisées sont utilisées pour évaluer la douleur de l'usager sur une base continue en partenariat avec l'usager et la famille.



**Conseils :**

Des mesures cliniques normalisées sont utilisées pour déterminer l'intensité, les caractéristiques, l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que les impacts de la douleur sur les activités habituelles des usagers.

La douleur peut également être mesurée en combinaison avec d'autres symptômes au moyen d'un outil d'évaluation complet.

Dans la mesure du possible, l'utilisateur autoévalue l'intensité de sa douleur. D'autres techniques pour déterminer l'intensité de la douleur sont utilisées quand l'utilisateur n'est pas en mesure de la décrire lui-même, par exemple dans le cas des bébés et des tout-petits qui ne parlent pas encore, des usagers qui sont inconscients et des usagers atteints de démence avancée.

Le sommeil et la sédation n'indiquent pas nécessairement l'absence de douleur ou le soulagement efficace de la douleur.

Pour soulager la douleur, on peut notamment avoir recours à des analgésiques, y compris à des opioïdes, combinés à des traitements adjuvants, du counseling comportemental et des consultations psychologiques. Des experts sont consultés et des recherches et données probantes sont utilisées afin de connaître les meilleures méthodes de soulagement de la douleur.



- 5.1.47 Le degré de sédation de l'utilisateur est évalué et géré de façon régulière.

**Conseils :**

Le degré de sédation de l'utilisateur devrait être surveillé au moyen d'une ou plusieurs échelles de façon à orienter les soins. Il est aussi recommandé d'évaluer les usagers en pédiatrie relativement aux symptômes de sevrage.

Le degré de sédation visé dépend de l'état de l'utilisateur, l'objectif étant d'atteindre les buts cliniques avec la plus petite quantité possible de sédatifs pour atteindre les objectifs cliniques. Une sédation insuffisante peut entraîner de la douleur et de l'anxiété chez l'utilisateur, en plus d'augmenter le risque d'auto-extubation, tandis que la sursédation peut interférer avec l'évaluation du statut neurologique de l'utilisateur, augmenter les risques de pneumonies sous ventilation assistée et contribuer à prolonger la durée de la ventilation mécanique et la durée de séjour. Une sédation adéquate est particulièrement importante pendant la paralysie en raison des bloquants neuromusculaires.



- 5.1.48 Le besoin de recourir à la contention est régulièrement évalué et, le cas échéant, le moyen de contention le moins invasif possible est sélectionné.

**Conseils :**

La raison qui justifie l'utilisation de moyens de contention est expliquée à l'utilisateur et à la famille et le consentement est obtenu s'il y a lieu. Le besoin de maintenir le recours à la contention est réévalué régulièrement.

Lorsqu'on a recours à la contention, il est recommandé de verser les renseignements suivants au dossier de l'utilisateur : la raison qui justifie l'utilisation de moyens de contention, la période pendant laquelle les moyens de contentions sont utilisés, le recours à des solutions de rechange, la preuve qu'on a discuté de l'utilisation des moyens de contention avec l'utilisateur ou la personne chargée de prendre des décisions en son nom, ainsi que la réaction de l'utilisateur face à la contention.



- 5.1.49 Une évaluation nutritionnelle complète est réalisée et gérée.

**Conseils :**

Les facteurs qui peuvent indiquer la nécessité d'effectuer une évaluation nutritionnelle complète varient selon les populations d'usager et leur état. Par sa nature, l'état critique de l'usager constitue un risque de malnutrition ou de surnutrition. Il est recommandé d'assurer un accès à des diététistes, en leur réservant du temps pour les unités de soins critiques, afin qu'ils contribuent à cibler les usagers à risques et à gérer leur état à l'aide d'un outil ou d'un processus normalisé.

L'évaluation nutritionnelle est appropriée à l'âge et à l'état de l'usager. Si ce service n'est pas disponible dans l'organisme, l'équipe l'obtient d'une autre manière, par exemple, en travaillant avec des organismes partenaires, en accédant à des ressources communautaires ou en ayant recours à la télésanté.

Comme les besoins nutritionnels d'un usager peuvent changer au cours des soins, l'évaluation nutritionnelle est revue et modifiée au besoin.

Pour les usagers en néonatalogie et en pédiatrie, du soutien à l'allaitement et des ressources connexes peuvent aussi être nécessaires (p. ex. des tire-lait, des contenants et des réfrigérateurs pour conserver le lait).



- 5.1.50 L'usager fait régulièrement l'objet d'une évaluation relative à l'hyperglycémie et à l'hypoglycémie, et son état est géré de manière appropriée.

**Conseils :**

Dans le milieu des soins critiques, c'est un risque qui concerne à la fois les usagers diabétiques et ceux n'ayant pas le diabète. Une maîtrise efficace de la glycémie peut contribuer à réduire la morbidité et la mortalité. Cela comprend l'application de critères de dépistage, le fait de cibler les taux de glucose idéaux et l'établissement de délais à respecter pour suivre régulièrement la situation de l'usager en vue d'un dosage optimal des traitements à l'insuline dans l'unité de soins critiques.



- 5.1.51 Les interventions nécessaires pour la prévention et le traitement de la pneumonie acquise sous ventilation assistée (PVA) sont mises en œuvre pour tous les usagers intubés, sous trachéostomie ou sous ventilation mécanique.

**Conseils :**

Exemples de stratégies de prévention : l'élévation de la tête du lit; l'évaluation quotidienne visant à déterminer si l'usager est prêt pour l'extubation; intubation orale plutôt que nasale pour accéder à la trachée ou à l'estomac; et l'utilisation de canules trachéales d'aspiration sous-glottique pour le drainage des sécrétions sous-glottiques.

Il est recommandé d'utiliser des mesures et des cibles pour évaluer la stratégie de l'équipe en matière de prévention de la pneumonie acquise sous ventilation assistée (PAV) dans les unités de soins critiques.

Exemples de mesures :

- taux de PAV dans les unités de soins critiques par 1 000 jours de ventilation
- pourcentage de conformité aux stratégies de prévention de la PAV



- 5.1.52 Les interventions nécessaires sont mises en œuvre pour tous les usagers qui ont besoin d'un cathéter intravasculaire pour la prévention et le traitement des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux.

**Conseils :**

Exemples de stratégies de prévention liées à l'insertion d'un cathéter central : l'hygiène des mains, les précautions stériles maximales, l'utilisation de préparations de chlorhexidine dans l'antisepsie cutanée et la sélection du site de cathéter optimal. Les

stratégies proposées pour l'entretien des cathéters centraux sont les suivantes : 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 qu'il n'y a pas d'inflammation.

Il est recommandé d'utiliser des mesures et des cibles pour évaluer la stratégie de l'équipe en matière de prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (CIC) dans les unités de soins critiques.

Exemples de mesures :

- taux de bactériémies liées aux cathéters centraux par 1 000 jours-cathéter
- pourcentage de conformité aux stratégies de prévention liées à l'insertion des cathéters centraux
- pourcentage de conformité aux stratégies de prévention liées à l'entretien des cathéters centraux



5.1.53 Des interventions sont mises en œuvre pour tous les usagers ayant besoin d'un cathéter urinaire, ce qui comprend la prévention et le traitement d'infections des voies urinaires liées aux cathéters.

**Conseils :**

Les usagers qui ont besoin d'un cathéter urinaire à demeure 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 usagers qui contractent une infection des voies urinaires devraient faire l'objet d'interventions précoces, conformément à des lignes directrices fondées sur des données probantes.

Il est recommandé d'utiliser des mesures et des cibles pour évaluer la stratégie de l'équipe en matière de prévention des infections des voies urinaires liées aux cathéters dans les unités de soins critiques.

Exemples de mesures :

- taux d'infections des voies urinaires liées aux cathéters
- pourcentage de conformité aux stratégies de prévention liées à l'insertion des cathéters urinaires
- pourcentage de conformité aux stratégies de prévention liées à l'entretien des cathéters urinaires



5.1.54 Les usagers sont surveillés pour détecter les signes de septicémie et recevoir les interventions nécessaires à la prévention et à la prise en charge adéquate.

**Conseils :**

La sepsie survient si la réaction du corps en présence d'une infection compromet la sécurité des tissus et des organes, ce qui peut entraîner la défaillance de plusieurs organes ou le décès si la septicémie n'est pas traitée rapidement.

Exemples des stratégies pour la prévention, la détection rapide et le traitement de la sepsie, dont, entre autres : la détection et le traitement des infections pouvant entraîner une septicémie (p. ex. pneumonie acquise dans la communauté, infection des voies urinaires) ainsi que la détermination et la réduction des facteurs de risque qui dépendent de l'utilisateur ou d'une conséquence non intentionnelle des soins (p. ex. âge, maladie

chronique, grossesse, bébé prématuré ou nouveau-né, splénectomie, présence d'implants médicaux). Ces facteurs peuvent aggraver et accroître le risque d'infection ou faire progresser une septicémie.

Les usagers qui contractent une septicémie reçoivent des interventions rapides conformément à des lignes directrices fondées sur des données probantes.

Il est recommandé d'utiliser des mesures et des cibles afin d'évaluer la stratégie de l'équipe pour la prise en charge de la septicémie dans les unités de soins critiques.

Exemples de mesures :

- pourcentage d'usagers atteints de septicémie qui reçoivent des antibiotiques intraveineux dans les trois heures suivant la présentation;
- pourcentage d'usagers atteints de maladies septiques avec prélèvements d'hémocultures avant l'administration d'antibiotiques par intraveineuse;
- pourcentage d'usagers atteints de maladies septiques et soumis à une épreuve de remplissage adaptée contre l'hypotension ou la lactatémie dans le délai imparti.



- 5.1.55 Les progrès de l'usager par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'usager, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.

**Conseils :**

La consignation des progrès de l'usager par rapport aux objectifs est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et, elle inclue l'usager et sa famille. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés, la discussion avec les usagers et les familles et l'observation.



- 5.1.56 Les usagers et les familles ont accès à des services psychosociaux et des services de soutien.

**Conseils :**

L'accès au soutien émotionnel et au counseling est particulièrement important dans le milieu des soins critiques et peut aider les usagers et les familles à composer avec certains besoins et problèmes en matière de santé, dont le « syndrome post-soins intensifs ». Ce syndrome peut se manifester chez les usagers tandis qu'ils sont encore à l'unité de soins critiques (p. ex. faiblesse musculaire, fatigue extrême, dysfonction cognitive et troubles de santé mentale), puis se poursuivre après le retour à leur lieu de résidence. Le soutien peut aussi viser à aider les usagers à composer avec un diagnostic ou à prendre des décisions; il peut également être axé sur des questions d'éthique précises comme les directives préalables.








Pour fournir des services psychosociaux ou des services de soutien, on incite à faire appel à des travailleurs sociaux ou psychologues en leur réservant du temps pour les unités de soins critiques.



- 5.1.57 Il existe un processus pour entreprendre les soins palliatifs et les soins en fin de vie, au besoin.

**Conseils :**

Les services sont entrepris par l'équipe, l'usager ou la famille et tiennent compte de l'évaluation des résultats. La participation aux soins palliatifs et aux soins en fin de vie diffère selon les services que l'équipe offre et selon les usagers desservis. Si l'équipe n'offre pas de soins palliatifs et en fin de vie, les usagers sont acheminés vers les services appropriés.

-  
- 5.1.58 Une procédure conforme aux lois est suivie pour fournir un soutien à la prise de décision, en partenariat avec l'utilisateur et la famille, sur le choix de recourir à des moyens de maintien artificiel de la vie, de les refuser ou d'y mettre fin.
- Conseils :**
- Les familles reçoivent l'information dont elles ont besoin pour prendre une décision éclairée sur les moyens de maintien artificiel de la vie. Le processus respecte le cadre conceptuel d'éthique de l'organisme, répond aux exigences des lois conformément aux directives préalables et est communiqué aux usagers et aux familles. Il englobe aussi des directives sur la gestion des conflits entre les usagers ou les familles et les membres de l'équipe et entre les membres de l'équipe.
- 
- 5.1.59 Les pratiques culturelles et les croyances spirituelles des usagers et des familles en ce qui a trait à la mort et aux derniers moments de vie sont respectées.
- 
- 5.1.60 Dans la mesure du possible, la présence des membres de la famille de l'utilisateur dans la chambre est permise pendant les interventions de survie.
- Conseils :**
- La présence familiale dépend de la volonté de l'utilisateur et de sa famille. Il est recommandé d'assurer la présence d'un travailleur social ou d'un psychologue pour fournir un soutien émotionnel aux membres de la famille, et ce, qu'ils décident ou non d'être présents dans la chambre durant les interventions d'urgence. La présence de membres de la famille lors d'un événement traumatisant comme la réanimation peut reconforter l'utilisateur et contribuer au processus de deuil. La présence de membres de la famille dans la chambre peut devoir être limitée en raison d'un manque d'espace ou pour des raisons de sécurité.
- 
- 5.1.61 Le souhait de l'utilisateur de mettre fin aux services ou de les limiter, d'être transféré à un autre service ou de retourner à la maison est respecté.
- Conseils :**
- La prise de décisions conjointe au sujet de la transition de l'utilisateur a lieu en consultation avec la famille ou la personne chargée de prendre les décisions au nom de l'utilisateur, au besoin, et tient compte de la capacité de l'utilisateur de prendre des décisions. Les risques de la transition sont discutés avec l'utilisateur et la famille, de même que les services extra-hospitaliers auxquels ils auront accès après la transition.
- Un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour travailler avec les usagers qui ont choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Si l'utilisateur souhaite continuer d'obtenir des services qui vont à l'encontre de la recommandation de l'équipe ou qui vont au-delà de la capacité de l'organisme, un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour assurer un résultat juste et équitable pour l'utilisateur et l'organisme.
- 
- 5.1.62 Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition de l'utilisateur, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.
- Conseils :**
- Cette évaluation a lieu le plus tôt possible dans le cadre du processus de soins. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour l'utilisateur sont déterminés. Certains facteurs ont une influence sur la capacité de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisme.
- 
- 5.1.63 Les usagers sont responsabilisés de manière à gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.

**Conseils :**

L'enseignement qui favorise la responsabilisation et aide les usagers à gérer eux-mêmes une maladie chronique peut comprendre la planification de mesures, l'imitation de comportement, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation, les techniques de gestion des symptômes, des facteurs de risque, de la fatigue et du sommeil, l'utilisation des médicaments, la gestion des émotions, les changements sur le plan de la cognition et de la mémoire, la formation en communication avec des professionnels de la santé et d'autres personnes, ainsi que la résolution de problèmes et la prise de décisions liées à des questions de santé.

Des outils et des ressources sont offerts aux usagers pour les aider à gérer eux-mêmes leur état de santé. Ils sont adaptés aux besoins de chaque usager. Par exemple, les outils peuvent être modifiés en fonction de leur degré de compréhension, de leur niveau d'alphabétisation, de leur invalidité, ainsi que de leur langue et de leur culture.



- 5.1.64 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan d'intervention interdisciplinaire que ce soit vers la maison, une autre équipe, un autre niveau de soins ou qu'il s'agisse de la fin des services, améliore la coordination entre les équipes et les organismes partenaires et aide à préparer l'utilisateur pour la fin des services. La participation de l'utilisateur à la planification de la fin des services assure que l'utilisateur et la famille sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition de l'utilisateur, de même que ses besoins et préférences après les soins font partie du plan d'intervention interdisciplinaire. La discussion peut comprendre le suivi après les soins, la capacité relative à l'auto-administration des soins, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



- 5.1.65 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

**Conseils :**

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examens, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication (comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins posthospitaliers, la relecture et la reformulation) favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente et des outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisme. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisme. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les familles de répéter l'information. Les usagers et les familles ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

**Tests de conformité :**

- 5.1.65.1 Principal: L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 5.1.65.2 Principal: Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 5.1.65.3 Principal: Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 5.1.65.4 Principal: L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 5.1.65.5 Secondaire: L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :
  - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
  - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
  - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).



- 5.1.66 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

À intervalles réguliers, un échantillon d'usagers, de familles ou d'organismes vers lesquels ils ont été acheminés est contacté pour déterminer l'efficacité de la transition ou de la fin des services, connaître l'opinion et les préoccupations des usagers après la transition et vérifier si les plans de suivi sont respectés. L'évaluation des transitions représente une occasion de vérifier que les besoins de l'utilisateur et de la famille ont été satisfaits et que leurs préoccupations ou leurs questions ont été abordées.

La rétroaction des usagers et l'ensemble des résultats de l'évaluation sont partagés avec le personnel d'encadrement et le conseil d'administration de l'organisme, et l'information est utilisée pour améliorer les transitions.



- 5.1.67 Les services pertinents de suivi pour l'utilisateur, le cas échéant, sont coordonnés en collaboration avec l'utilisateur, la famille, d'autres équipes et organismes.

**Conseils :**

La responsabilité entourant les soins se poursuit jusqu'à ce que le service ait pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre organisme.

Les services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extra-hospitalier, les

services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile à l'utilisateur contribue à ce que ce dernier reçoive les services les plus appropriés à l'endroit le plus adéquat, et réduit au minimum les transferts inutiles et les solutions temporaires.

Pour veiller à ce que les usagers reçoivent des soins continus et ininterrompus, le placement et le suivi comprennent un processus pour les cas où la transition ne se passe pas comme prévu.



- 5.1.68 Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.

**Conseils :**

S'il a été décidé qu'un suivi est nécessaire, le type et la méthode de suivi qui conviennent sont déterminés. Cela comprend les responsabilités de l'équipe, par exemple, le suivi des tests, l'acheminement de l'utilisateur vers un organisme partenaire, l'établissement d'un calendrier pour les communications de suivi avec l'utilisateur ou pour lui rappeler un rendez-vous. Cela comprend aussi les responsabilités de l'utilisateur, comme assurer un suivi avec les autres prestataires de soins (p. ex. soins primaires ou centre de santé communautaire), signaler une aggravation ou un changement des symptômes et prendre les médicaments selon les ordonnances.

Un outil d'évaluation normalisé est utilisé pour évaluer le risque de réadmission après la fin des services.



- 5.1.69 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.

**Conseils :**

La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions prévues, les consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.

L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).

L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires (services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour



améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.

#### Tests de conformité :

- 5.1.69.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- 5.1.69.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 5.1.69.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 5.1.69.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 5.1.69.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 5.1.69.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 5.1.69.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 5.1.69.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

## 5.2 Prévention et contrôle des infections - Services de néonatalogie

- 5.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

#### Conseils :

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme



ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

#### Tests de conformité :

**5.2.1.1** La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :

- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
- mesurer l'utilisation d'un produit;
- inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
- évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

**5.2.1.2** Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

**5.2.1.3** Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.



**5.2.2** La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

#### Conseils :

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes d'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit:

- avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

**Tests de conformité :**

**5.2.2.1** Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



**5.2.3** Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

**Conseils :**

Les usagers, les familles et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres.



**5.2.4** Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.

**Conseils :**

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.



**5.2.5** Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.



**5.2.6** Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.

**Conseils :**

Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.



- 5.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

**Conseils :**

Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).



- 5.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.

**Conseils :**

Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.



- 5.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

**Conseils :**

Par exemple, l'organisme peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.



- 5.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.

**Conseils :**

Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.



- 5.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.

**Conseils :**

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

### 5.3 Gestion des médicaments - Services de néonatalogie



- 5.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

#### Conseils :

Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.



- 5.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.

#### Conseils :

L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).



- 5.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.



- 5.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.

#### Conseils :

Par exemple, l'utilisateur peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.



- 5.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.



- 5.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.



- 5.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.

#### Conseils :

Les critères de sélection englobent la capacité de l'utilisateur à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.



- 5.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.

**Conseils :**

Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'utilisateur dans un tiroir verrouillé.



- 5.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.



- 5.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.

**Conseils :**

Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.



- 5.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'utilisateur avant son administration.



- 5.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.

**Conseils :**

La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'utilisateur ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.



- 5.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'utilisateur l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.

**Conseils :**

Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'utilisateur a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.



- 5.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.

**Conseils :**

Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'utilisateur. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.



- 5.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque usager sont surveillés et consignés.

**Conseils :**

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et

accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



5.3.16 Chaque usager est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



5.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des usagers afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

**Conseils :**

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



5.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux usagers et aux familles les incidents liés à la sécurité des usagers sont respectées.

**5.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de néonatalogie**



5.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

**Conseils :**

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.



5.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

**Conseils :**

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.



5.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

## Chapitre 6 : Services de pédiatrie

Ces services sont offerts dans des unités de soins courte durée où des soins et des services sont prodigués à une clientèle pédiatrique hospitalisée.<sup>8</sup>

### 6.1 Épisode de soins - Services de pédiatrie



- 6.1.1 Les services sont conçus conjointement pour servir efficacement des populations d'enfants et de jeunes, le cas échéant.

#### Conseils :

Les besoins des populations d'enfants et de jeunes sont pris en considération au moment de concevoir les services. Cela peut sembler différent pour les organismes et les équipes qui servent un petit nombre d'usagers en pédiatrie et de jeunes comparé aux organismes qui servent principalement des usagers en pédiatrie et des jeunes.

La conception conjointe des services pour répondre aux besoins de ces usagers et des familles englobe le fait de s'assurer d'avoir les processus, l'équipement, les fournitures, les protocoles de soins, le perfectionnement, les locaux et les programmes appropriés. Les besoins d'ordre pédagogique, psychologique et récréatif qui sont particuliers aux enfants et aux jeunes sont pris en considération et sont comblés.



- 6.1.2 L'équipement et les fournitures appropriés aux usagers en pédiatrie sont disponibles et accessibles.

#### Conseils :

L'équipement et les fournitures de dimension standard sont souvent inappropriés pour les usagers en pédiatrie et les jeunes. Toutes les fournitures et tout l'équipement de dimensions appropriées pour les nouveau-nés et les usagers en pédiatrie peuvent être fournis dans l'unité d'hospitalisation ou partagés avec d'autres services (p. ex. unité de pédiatrie, salle d'urgence).



- 6.1.3 De la formation et du perfectionnement sont fournis sur la façon de travailler auprès des usagers en pédiatrie et des jeunes pour assurer la sécurité et l'efficacité des soins.

#### Conseils :

Le perfectionnement fourni à l'équipe est approprié au type d'usagers en pédiatrie et de jeunes auprès desquels elle travaille. Dans certains cas, il peut arriver que le personnel travaille rarement auprès des usagers en pédiatrie et des jeunes; cependant, il doit tout de même être préparé à fournir des services sécuritaires et efficaces. Le perfectionnement porte, entre autres, sur la façon de déterminer si l'équipement et les dispositifs pour adultes sont appropriés pour de jeunes usagers et ce qu'il faut faire s'ils ne le sont pas, sur les protocoles et les plans de cheminement clinique à suivre, ainsi que sur le moment où il faut communiquer avec d'autres services, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.



- 6.1.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur les processus de l'organisme visant à déterminer, à augmenter ou à changer le niveau de soins d'un usager.

#### Conseils :

L'information relative à la détermination, à l'augmentation ou au changement du niveau de soins d'un usager est fournie à tous les membres de l'équipe. La formation et le

<sup>8</sup> MSSS (2014) Répertoire des guides de planification immobilière. Unité de soins de courte durée et chirurgie <http://publications.Référence:msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-610-04W.pdf>



perfectionnement comprennent la façon de déterminer s'il faut passer à un autre niveau de soins, ce qui inclut les systèmes d'évaluation des risques utilisés dans l'organisme, de même que le moment approprié pour déclencher le processus de transfert et le recours à des outils de communication normalisés pendant toute la durée du transfert.

L'unité d'hospitalisation travaille en collaboration avec l'équipe de soins critiques pour déterminer le processus entourant le passage aux soins critiques. L'équipe de soins critiques fournit l'information sur les signes avant-coureurs de l'aggravation de l'état de santé et elle collabore avec l'unité d'hospitalisation pour que les transferts se déroulent bien et efficacement.

Quand l'organisme a des usagers qui occupent des lits réservés à la prestation d'un autre niveau de soins (ANS), ce processus peut être décrit dans des procédures internes de l'équipe de l'unité d'hospitalisation. Bien qu'il soit possible que les usagers occupant des lits réservés aux ANS ne reçoivent pas les mêmes services que les usagers en médecine générale, il importe que l'équipe sache comment augmenter ou changer les services quand cela s'avère nécessaire.



- 6.1.5 L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement sur les plans de cheminement clinique établis et utilisés par l'organisme pour accroître l'uniformité des soins.

**Conseils :**

La formation et le perfectionnement comprennent une orientation qui porte sur la philosophie de l'organisme visant la prestation des soins les moins restrictifs possible, sur les politiques traitant de l'utilisation des mesures de contention, sur les soins à offrir aux usagers pour qui des mesures de contention sont utilisées, sur la surveillance des usagers pendant le recours aux mesures de contention et sur la façon de consigner le recours à de telles mesures.



- 6.1.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts à l'équipe pour déterminer dans quels cas il faut accompagner les usagers qui reçoivent des services ailleurs.

**Conseils :**

Selon l'usager et les circonstances, les usagers peuvent avoir besoin d'être accompagnés par un membre de l'équipe dans un autre secteur de l'organisme pour y recevoir des services (p. ex. imagerie diagnostique) ou dans un autre organisme (p. ex. transport entre établissements). Les facteurs qui entrent en jeu comprennent, entre autres, la gravité de l'état de l'usager, ses capacités cognitives, son comportement, son âge et les risques de fugue. L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement pour savoir comment décider si un usager a besoin d'être accompagné et comment faciliter ce processus.










- 6.1.7 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.

**Conseils :**

Les demandes de services peuvent provenir des usagers, des familles, d'autres équipes ou d'organismes qui acheminent des usagers. Il peut y avoir différents processus pour répondre à une demande selon le demandeur et les services demandés.

Les demandes de services, le processus pour répondre à ces demandes et ce qu'on entend par « en temps opportun » varieront selon le type de service offert.

La capacité de répondre aux demandes est évaluée en fixant des délais de réponse aux demandes de services et en surveillant ces délais de même qu'en recueillant la rétroaction des usagers et des familles, des organismes qui acheminent des usagers ainsi que des autres équipes.

-  6.1.8 Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un usager potentiel, l'accès à un autre service est facilité.
- Conseils :**
- Dans le cas où l'organisme ne peut répondre aux besoins d'un usager, les raisons sont expliquées et l'accès à d'autres services est facilité. L'information est consignée en vue d'être utilisée dans la planification des services.
-  6.1.9 Les usagers et les familles sont informés du membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leurs services et de la façon de joindre cette personne.
- Conseils :**
- Le membre désigné peut être le membre de l'équipe collaborative qui est le plus régulièrement en contact avec l'usager ou le principal prestataire responsable des soins.
-  6.1.10 Des critères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les services avec les usagers.
- Conseils :**
- Les besoins des usagers potentiels sont évalués par rapport à la capacité de l'équipe de répondre à ces besoins.
-  6.1.11 Les usagers et les familles sont informés de la façon de déterminer le moment où il peut s'avérer nécessaire d'augmenter le niveau de soins et de la façon d'entamer ce processus.
- Conseils :**
- Les usagers et les familles se connaissent bien et connaissent bien leurs proches ainsi que les problèmes ou les changements qui peuvent s'avérer préoccupants. L'équipe travaille en partenariat avec les usagers et les familles pour les aider à déterminer s'il faut changer leurs soins et à sentir qu'ils peuvent parler aux prestataires. Elle les aide aussi à savoir comment entamer le processus d'augmentation des soins. Cela peut inclure de communiquer avec la personne qui est responsable de leurs soins et de savoir comment obtenir de l'aide en situation d'urgence.
-  6.1.12 La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse.
- Conseils :**
- Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les usagers en se présentant et en expliquant leur rôle, en demandant la permission avant d'effectuer une tâche, en expliquant ce qu'ils font, en parlant d'un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations ou en rassurant les usagers, en leur permettant de poser des questions ou d'émettre des commentaires, en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses ou leur style de vie, et en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.
-  6.1.13 Les usagers et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins.
- Conseils :**
- Le milieu encourage les usagers et les familles à prendre une part active dans leurs soins, à poser des questions et à émettre des commentaires à toutes les étapes du processus de soins.
-  6.1.14 La capacité de chaque usager de participer à ses soins est déterminée en partenariat avec l'usager et sa famille.

**Conseils :**

La capacité de participer à ses propres soins diffère pour chaque usager. À chaque étape du processus de soins, le membre approprié de l'équipe travaille avec l'usager, la famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'usager pour déterminer la quantité et le type d'information dont l'usager ou la famille a besoin pour participer à ses soins de façon significative. Cette information est également consignée dans le dossier de l'usager.



- 6.1.15 Les souhaits de l'usager quant à la participation de la famille à ses soins sont respectés.

**Conseils :**

L'équipe trouve des façons d'inclure des membres du réseau de soutien de l'usager à ses soins.

Si une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'usager ou un membre de sa famille participe à la prise de décisions, les lois en vigueur sont respectées. Il existe un processus pour régler les conflits entre l'usager et la famille concernant le niveau souhaité de participation.



- 6.1.16 Des renseignements précis et complets sont communiqués à l'usager et à la famille en temps opportun tout en respectant le souhait de l'usager de prendre part à la prise de décision.

**Conseils :**

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle à un choix éclairé et à une prise de décisions conjointe entre les usagers, les familles et l'équipe. Les renseignements sont transmis selon les besoins et intérêts de la personne et en fonction de son niveau de compréhension.

Les usagers et les familles sont mis au courant des risques et bienfaits des soins, des rôles et responsabilités de l'usager dans la prestation des services, ainsi que des avantages, des limites et des résultats possibles des interventions ou services proposés, de la façon de se préparer aux tests et aux traitements, de la disponibilité de services de counseling et de groupes de soutien ainsi que de la façon de joindre les membres de l'équipe en cas d'urgence ou de situation de crise.

Divers niveaux et types de renseignements sont offerts à différentes étapes de la prestation des soins pour répondre aux besoins et aux souhaits de l'usager quand cela est possible. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission (p. ex., les sujets graves exigent une approche plus structurée).



- 6.1.17 L'équipe s'assure que l'usager et la famille comprennent bien l'information concernant les soins.

**Conseils :**

Au moment de fournir de l'information aux usagers et aux familles, le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, l'invalidité ainsi que la langue et la culture sont pris en compte.

Les processus utilisés pour vérifier que les usagers ont bien compris l'information sont, entre autres, les suivants : encourager les usagers à poser des questions et accorder du temps à cet effet; demander à l'usager de répéter l'information fournie; s'assurer que la communication s'effectue dans la même langue que celle de l'usager, tout en respectant sa culture, dans la mesure du possible; utiliser des supports visuels ou vidéo, dans la mesure du possible; et, établir un échange continu pendant lequel l'équipe confirme fréquemment que l'usager a bien compris l'information fournie.



- 6.1.18 Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et à leurs familles.

**Conseils :**

Le matériel écrit est offert dans les langues parlées couramment au sein de la communauté, s'il y a lieu. Des services d'interprétation sont disponibles si les usagers ou les familles en ont besoin, dans la mesure du possible.



- 6.1.19 La capacité de l'utilisateur à fournir un consentement éclairé est évaluée.

**Conseils :**

L'évaluation de la capacité de l'utilisateur à fournir son consentement est un processus continu. Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre l'information pertinente à la prise de décisions, de prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et de comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier.

Les lois régionales et nationales sont respectées en ce qui concerne le travail auprès des enfants et des jeunes. Dans les cas où les usagers sont des personnes âgées, des mineurs ou des personnes jugées incapables de donner un consentement, ceux-ci participent le plus possible aux décisions concernant leurs services, et l'équipe accorde de l'importance à leurs questions et à leurs commentaires.



- 6.1.20 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.

**Conseils :**

Le consentement éclairé consiste à examiner l'information sur les services avec l'utilisateur, sa famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur; à l'informer des possibilités qui s'offrent à lui et à lui laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de lui demander son consentement. Il consiste aussi à respecter les droits, la culture et les valeurs de l'utilisateur, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment, et à inscrire sa décision dans son dossier. Le processus de consentement est continu.

Il y a consentement tacite quand on offre des services pour lesquels il n'est pas nécessaire d'obtenir un consentement écrit, comme quand les usagers arrivent pour un rendez-vous ou un cours, qu'on vérifie leur tension artérielle, qu'ils présentent leur bras pour une prise de sang, qu'ils arrivent par le biais des services médicaux d'urgence ou quand leur vie est menacée ou que leur état est urgent et exige une réanimation immédiate.



- 6.1.21 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.

**Conseils :**

Une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur est consultée lorsqu'il est incapable de prendre une décision, et les directives préalables sont utilisées, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits de l'utilisateur. Dans ce cas, la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur reçoit de l'information sur ses rôles et ses responsabilités, et on lui donne l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de discuter des possibilités qui s'offrent à l'utilisateur. La personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur peut être désignée selon la loi ou peut être un défenseur des droits des usagers, un membre de la famille, un tuteur ou un aidant.

Si le consentement est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, son nom, son lien avec l'utilisateur, ainsi que la décision prise sont inscrits dans le dossier de l'utilisateur.

Lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes, le consentement éclairé est donné par l'enfant, le jeune, la famille ou le tuteur et inscrit au dossier avant la prestation des services. Le processus de consentement utilisé prévoit de les faire participer le plus possible à la prise de décisions à propos d'un service, d'une intervention ou d'un traitement, et d'accorder de l'importance à leurs opinions et à leurs questions.



- 6.1.22 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.

**Conseils :**

Il existe un processus structuré d'examen des questions d'éthique pour déterminer les cas où l'on peut faire participer un usager à une activité de recherche. Les activités de recherche peuvent comprendre des essais cliniques, l'évaluation de nouveaux protocoles ou de changements apportés à des protocoles existants. Les usagers et les familles participent à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche participatifs, le cas échéant (p. ex. à la collecte de données qualitatives pour des initiatives d'amélioration de la qualité).



- 6.1.23 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.

**Conseils :**

Les questions d'éthique sont soulevées quand des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être très graves, il peut s'agir de question de vie ou de mort ou de questions liées aux activités quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre à risque, le triage des membres de la communauté durant une situation d'urgence, les demandes de retrait de certains services spécifiques ou la fin des services, dont les services de soutien et de maintien artificiel de la vie, et les soins en fin de vie, en sont des exemples.

Le cadre d'éthique de l'organisme est utilisé pour gérer et régler les questions d'éthique. Elles peuvent être prises en charge par un comité d'éthique ou une équipe de consultation qui peut comprendre des professionnels de la santé, des membres du clergé ou des éthiciens. En plus d'offrir des consultations cliniques, le comité d'éthique peut prendre part à l'examen des politiques et à la sensibilisation à l'éthique.

Les questions d'éthique liées à des usagers précis sont consignées au dossier des usagers concernés.



- 6.1.24 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.



**Conseils :**



Les droits des usagers et des familles comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment l'information sur l'utilisateur sera utilisée, le droit d'avoir accès à leur dossier et à l'information qui les concerne, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles ainsi que le droit de prendre des risques et de ne subir aucun mauvais traitement, aucune exploitation et aucune discrimination.

Les droits des usagers et des familles en matière de prestation de services englobent le droit de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation d'un service; de prendre part à tous les aspects d'un service et de faire des choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation du service; de remettre en question une décision relative au plan d'intervention interdisciplinaire ou de déposer une plainte; de participer ou de refuser de participer à une recherche ou à des essais cliniques; de recevoir des services sûrs et offerts par des personnes compétentes; et, de faire part de ses inquiétudes quant à la qualité d'un service.

Les responsabilités de l'utilisateur et de la famille comprennent le fait de traiter les autres avec respect, de fournir de l'information exacte, de signaler les risques pour la sécurité et de se conformer aux règles et aux règlements.

L'information est fournie à l'accueil ou à l'admission. Elle est adaptée aux divers besoins comme la langue, la culture, le niveau de scolarité, le style de vie et les déficiences physiques ou mentales. Si l'information ne peut être fournie à l'utilisateur et à la famille à l'accueil, celle-ci est offerte par la suite dans les meilleurs délais.

  6.1.25 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.


  6.1.26 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.



**Conseils :**

Un milieu où les usagers, les familles et les membres de l'équipe sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes est favorisé. L'organisme fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les familles peuvent obtenir des conseils ou une consultation. En cas d'utilisation de dossiers de santé électroniques, il existe un processus pour recevoir les plaintes et les questions des usagers au sujet de la confidentialité des dossiers électroniques, et pour y donner suite.

Les allégations présentées par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi réglées.

 6.1.27 Les données personnelles de l'utilisateur sont recueillies au moment de l'admission.

 6.1.28 Les données sur l'état de santé et les antécédents médicaux de l'utilisateur sont recueillies pendant le processus d'admission afin de déterminer les services requis pour ce dernier.

  6.1.29 En partenariat avec les usagers et les familles, 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.

**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, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'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 famille.

L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec l'utilisateur et la famille en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les familles ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

**Tests de conformité :**

6.1.29.1 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 familles.



6.1.30 Une évaluation des besoins de l'utilisateur en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie est effectuée, s'il y a lieu, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

La nécessité d'effectuer une évaluation des besoins en matière de soins palliatifs peut être exprimée par l'utilisateur ou la famille ou être cernée par l'équipe. Les types de services qui pourraient être requis sont déterminés. La détermination rapide des besoins en matière de soins palliatifs permet aux usagers et aux familles de participer à la planification des soins et peut améliorer la qualité des soins et la satisfaction des familles tout au long du processus.

Dans un organisme ou un secteur de services qui n'offre pas de soins palliatifs ou de soins en fin de vie, l'évaluation permet de cerner la nécessité d'acheminer l'utilisateur et la famille aux services appropriés.



6.1.31 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent :

- les antécédents médicaux;
- les allergies;
- le profil pharmaceutique;
- l'état de santé;
- l'état nutritionnel;
- les besoins en matière de soins palliatifs;
- les besoins alimentaires.

Les éléments relatifs à la santé psychosociale comprennent :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et des aidants naturels;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que 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 socio-économique;
- les croyances et les besoins d'ordre culturel et spirituel.



6.1.32 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Le processus d'évaluation est aussi simplifié que possible, afin que les usagers n'aient pas à répéter l'information aux nombreux prestataires ou membres de l'équipe. S'il y a

lieu, une évaluation interdisciplinaire ou collaborative peut être effectuée avec l'utilisateur, la famille et les membres appropriés de l'équipe.



- 6.1.33 Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis à l'utilisateur sont déterminés en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences de l'utilisateur comme défini dans son évaluation sont utilisés pour élaborer les objectifs des services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières de l'utilisateur, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres organismes qui offrent des services à l'utilisateur.



- 6.1.34 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

**Conseils :**

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider l'équipe à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils d'évaluation normalisés comporte des avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont une meilleure efficacité, une collecte de renseignements d'une plus grande exactitude, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

Les outils d'évaluation normalisés utilisés varieront selon les besoins de l'utilisateur et selon le type et la gamme de services fournis. Les outils d'évaluation normalisés utilisés sont éclairés par des données probantes et utiles pour les services fournis.



- 6.1.35 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.

**Conseils :**

La recherche démontre que chez plus de 50 % des usagers, il y a au moins une divergence entre la liste de médicaments de la maison et les médicaments prescrits à l'admission à l'hôpital. Un bon nombre de ces divergences sont susceptibles de conduire à des événements indésirables liés aux médicaments.

Le bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) qui comprend la liste de tous les médicaments (notamment les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments) que l'utilisateur prend. Le MSTP précise également le mode d'administration, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la concentration, s'il y a lieu. Pour produire le MSTP, il faut poser des questions à l'utilisateur, à la famille ou au soignant et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical antérieur de l'utilisateur ou un pharmacien communautaire. Une fois produit, le MSTP est un outil de référence important pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.

Le bilan comparatif des médicaments à l'admission peut être établi selon deux modèles. Selon le modèle proactif, le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission. Selon le modèle rétroactif, le MSTP est produit après la rédaction des ordonnances de médicaments à l'admission et après une comparaison, faite en temps opportun, entre le MSTP et les ordonnances de médicaments faites à l'admission. Peu importe le modèle utilisé, il est important de déceler, de résoudre et de consigner les divergences.



Aux points de transition, en plus des médicaments que l'utilisateur prend, il est important de tenir compte des médicaments qu'il prenait avant son admission (tel qu'il est indiqué dans le MSTP) et qu'il serait approprié qu'il continue de prendre, qu'il recommence à prendre, qu'il arrête de prendre ou qui devront être modifiés. Par exemple, le bilan comparatif des médicaments devrait se faire au moment du congé ou lorsqu'il y a un changement de médicaments ou que les médicaments sont prescrits de nouveau dans le cadre d'un transfert entraînant un changement du milieu où les services sont dispensés (p. ex. de l'unité des soins critiques à une unité de médecine, ou d'un établissement à un autre dans un même organisme). Il n'est pas nécessaire de dresser le bilan comparatif des médicaments en cas de changement de lit.

Les usagers devraient être considérés comme des partenaires actifs dans la gestion de leurs médicaments et ils devraient recevoir les renseignements sur les médicaments qu'ils devraient prendre dans un format et un langage qu'ils peuvent comprendre. Les usagers devraient être encouragés à conserver une liste de médicaments à jour et à en faire part à leurs prestataires de soins.

#### Tests de conformité :

- 6.1.35.1 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.
- 6.1.35.2 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.
- 6.1.35.3 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.
- 6.1.35.4 L'utilisateur, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.



- 6.1.36 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en œuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.

#### Conseils :

Les usagers admis à l'hôpital présentent un risque accru de faire une chute et de se blesser, puisqu'ils se retrouvent dans un milieu qui ne leur est pas familier en plus de devoir s'adapter à un changement au niveau de leur fonctionnement physique ou cognitif (Stephenson et coll., 2016). La réduction des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les usagers et réduire la durée de l'hospitalisation et les coûts.

Pour être efficaces, la prévention des chutes et la réduction des blessures exigent une approche interdisciplinaire et le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre en œuvre une approche coordonnée de prévention des chutes et de réduction des blessures dans l'organisme, tout en reconnaissant les besoins uniques dans les différents services. Il est aussi utile de désigner des personnes pour faciliter la mise en place de cette approche.

Les organismes devraient déterminer et adopter des précautions pour tous les usagers, peu importe les risques de chutes. L'acronyme SAFE (sécurité des lieux, assistance à la mobilité, facteurs de risque réduits et enseignement au client et à sa famille) décrit les quatre stratégies clés des précautions universelles de prévention des chutes. La directive de l'Institute for Clinical Systems Improvement (2012) recommande pour sa part les interventions universelles suivantes : familiariser l'utilisateur avec le milieu; placer les boutons d'appel à un endroit atteignable en tout temps et observer la façon dont les

usagers les utilisent; garder les biens personnels à portée des usagers; installer des rampes solides dans les salles de bain, les chambres et les couloirs; garder les lits à faible hauteur et bloquer les freins; fournir des chaussures antidérapantes bien ajustées aux usagers; utiliser des veilleuses ou un éclairage d'appoint; garder le sol propre et sec; nettoyer rapidement tous les liquides renversés; garder en ordre les aires où les soins sont dispensés. Il est important d'établir des précautions qui correspondent au milieu clinique et aux besoins des usagers de ce milieu.

De la formation sur l'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures, sur les précautions universelles et sur les stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures est régulièrement offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles. De l'information facile à comprendre est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour leur donner les moyens d'assumer un rôle actif dans la prévention des chutes et la réduction des blessures.

Il est important d'évaluer régulièrement si les activités de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes ont ou non les répercussions escomptées et si elles répondent aux besoins des usagers, familles et membres de l'équipe. Divers moyens permettent d'évaluer l'efficacité, qu'il s'agisse de discussions spontanées, d'entrevues, de sondages ou de vérifications. Des initiatives d'évaluation de l'amélioration de la qualité et des réunions de bilan après les chutes peuvent aussi contribuer à cerner les lacunes en matière de sécurité, à éviter que les chutes se produisent à nouveau ou à réduire les blessures causées par les chutes.

#### Tests de conformité :

- 6.1.36.1 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les blessures causées par les chutes.
- 6.1.36.2 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.
- 6.1.36.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.



- 6.1.37 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en œuvre.

NOTA : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.

#### Conseils :

Les plaies de pression ont d'importantes répercussions sur la qualité de vie des usagers, puisqu'elles causent de la douleur, ralentissent la guérison et augmentent le risque d'infection. Un lien a aussi été établi entre les plaies de pression et une augmentation de la durée des séjours, des coûts et de la mortalité. Les stratégies efficaces de prévention des plaies de pression peuvent réduire l'incidence des plaies de pression et sont une indication d'une qualité supérieure de soins et de services.

Les stratégies de prévention des plaies de pression exigent une approche interdisciplinaire, de même que le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre au point un plan pour appuyer une formation complète sur la prévention des plaies de pression et de nommer des personnes pour faciliter la mise en œuvre d'une approche normalisée pour l'évaluation des risques, l'application des lignes directrices relatives aux meilleures pratiques et la coordination des équipes de soins de santé.

Une prévention des plaies de pression efficace commence par le recours à une échelle d'évaluation des risques validée, telle que :

- l'échelle de Braden (Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk);
- l'échelle de Norton (Norton Pressure Sore Risk Assessment Scale);
- l'interRAI Pressure Ulcer Risk Scale (soins de longue durée);
- l'échelle de Waterlow (Waterlow Score);
- l'échelle de Gosnell (Gosnell Scale);
- l'échelle de Knoll (Knoll Scale);
- l'échelle de SCIPUS (Spinal Cord Injury Pressure Ulcer Scale).

Un certain nombre de lignes directrices en matière de meilleures pratiques pouvant contribuer à l'élaboration de stratégies de prévention et de traitement des plaies de pression sont aussi disponibles, dont des évaluations des risques, des réévaluations, des interventions, de la formation et de l'évaluation.

#### Tests de conformité :

- 6.1.37.1 Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'utilisateur au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.
- 6.1.37.2 Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'utilisateur.
- 6.1.37.3 Des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, sont mis en œuvre pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.
- 6.1.37.4 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles et les aidants reçoivent de la formation sur les facteurs de risque ainsi que sur les protocoles et procédures pour prévenir les plaies de pression.
- 6.1.37.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.

- 6.1.38 Les préférences de l'utilisateur et les options relatives aux services sont discutées dans le cadre de l'évaluation, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

#### Conseils :

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, de même que les différentes options possibles pour ses soins et services sont discutés avec l'utilisateur et la famille. L'équipe et l'utilisateur s'engagent dans une prise de décisions conjointe qui tient compte des préférences de l'utilisateur, des résultats attendus et des risques et bienfaits liés aux options.

Par exemple, diverses stratégies de gestion de la douleur peuvent faire l'objet de discussions, comme les analgésiques, ce qui comprend les opioïdes et les adjuvants, de même que les interventions d'ordre physique, comportemental et psychosocial, et l'utilisateur peut choisir l'option qu'il préfère.

Les possibilités d'auto-soins, la vie privée, les visiteurs, les traitements, les tests et les soins personnels comme ceux liés au sommeil, au bain et à l'alimentation comptent parmi les autres préférences discutées.





- 6.1.39 Une évaluation nutritionnelle complète est réalisée si cela est indiqué du point de vue clinique.

**Conseils :**

Les facteurs qui peuvent indiquer la nécessité de réaliser une évaluation nutritionnelle complète varient selon les populations d'usagers et les maladies. Une évaluation nutritionnelle peut être indiquée par l'état de l'usager (p. ex. s'il est diabétique ou s'il a des problèmes gastro-intestinaux) ou par la présence de problèmes fonctionnels lors des repas (p. ex. déglutition). Les autres facteurs qui peuvent indiquer qu'il faut effectuer une évaluation nutritionnelle comprennent ceux qui suivent : signes de perte de poids et de malnutrition (p. ex. manque d'énergie, faiblesse et fatigue, irritabilité, cheveux et ongles cassants). Les facteurs chez les populations adultes seront différents de ceux des populations de nourrissons, d'enfants ou de jeunes.

L'évaluation nutritionnelle est adaptée à l'âge et à l'état de l'usager. Lorsque les services ne sont pas offerts dans l'organisme, l'équipe y accède autrement, par exemple, en travaillant avec des organismes partenaires, en accédant aux ressources présentes dans la communauté ou aux services de télésanté.

Comme les besoins nutritionnels d'un usager peuvent varier au cours des soins, l'évaluation nutritionnelle est revue et modifiée au besoin.



- 6.1.40 Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.



- 6.1.41 Les résultats de l'évaluation sont communiqués à l'usager et aux autres membres de l'équipe en temps opportun et de manière facile à comprendre.

**Conseils :**

La communication des résultats des évaluations, lorsque nécessaire, améliore la clarté et évite la répétition. Pour que l'information soit facile à comprendre, les renseignements sont adaptés au niveau d'alphabétisme de l'usager, à sa langue et à sa culture.



- 6.1.42 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.

**Conseils :**

Le plan d'intervention interdisciplinaire repose sur les résultats de l'évaluation de même que sur les objectifs et les résultats attendus des services. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des autres membres de l'équipe, d'autres organismes, ainsi que des usagers et des familles. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents de l'usager, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments, y compris les problèmes ou les réactions indésirables liés aux médicaments.

Le plan comprend le lieu de prestation et la fréquence des services, les délais avant le début des services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des services, la façon dont sera évaluée l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.



- 6.1.43 S'il y a lieu, le plan d'intervention interdisciplinaire prévoit des stratégies pour évaluer et gérer la douleur.

**Conseils :**

Des outils validés d'évaluation de la douleur sont utilisés pour évaluer la douleur de l'usager. L'évaluation de la douleur est réalisée en partenariat avec l'usager et la famille, et elle est adaptée à l'âge et à l'état de l'usager.

Pour soulager la douleur, on peut notamment avoir recours à des analgésiques, y compris à des opioïdes, pouvant être combinés à des traitements adjuvants, du counseling comportemental et des consultations psychologiques ou physiques, ainsi qu'à des stratégies d'intervention telles que la radiothérapie palliative. L'équipe consulte des experts et se sert des recherches et des données probantes pour déterminer les meilleures méthodes de soulagement de la douleur et d'autres symptômes.



- 6.1.44 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.



- 6.1.45 Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.

**Conseils :**

Le dossier de l'utilisateur, qui réunit toute l'information à un seul endroit, est accessible à l'équipe qui offre les soins, y compris aux usagers.



- 6.1.46 Un processus permet d'assurer la sécurité des usagers et de les surveiller efficacement lorsqu'ils reçoivent des soins à l'extérieur de l'unité.

**Conseils :**

Les usagers peuvent se trouver à l'extérieur de leur unité de soins habituelle pour diverses raisons, entre autres, s'il manque d'espace, s'ils reçoivent les services d'une autre équipe (p. ex. imagerie diagnostique) ou s'ils sont déplacés temporairement dans une autre unité en raison du nombre limité de lits. Les usagers peuvent être considérés comme étant à l'extérieur de l'unité pour une partie ou toute la durée de leurs soins.

Quand des usagers reçoivent les services d'un autre secteur de l'hôpital, ils peuvent être exposés à de plus grands risques. Le processus prévu pour assurer la sécurité des usagers comprend les communications entre les équipes, les communications avec les usagers et les familles, de même que les suivis. L'équipe veille à ce que l'utilisateur et la famille sachent qui est responsable de leurs soins pendant toute la durée de la transition et avec qui communiquer s'il y a des problèmes.



- 6.1.47 L'état de santé de l'utilisateur est réévalué en partenariat avec l'utilisateur, et des mises à jour sont consignées dans son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état de santé.

**Conseils :**

Le fait de ne pas signaler un changement dans l'état de l'utilisateur ou de tarder à le faire, en particulier lorsqu'il y a une détérioration de son état, constitue un obstacle important à la prestation de soins et de services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans l'état de santé de l'utilisateur est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.



- 6.1.48 Les usagers qui ont reçu des sédatifs ou des narcotiques font l'objet d'une surveillance.

**Conseils :**

Un protocole est suivi pour surveiller et consigner l'état des usagers qui ont reçu des sédatifs ou des narcotiques pendant la prestation de soins.



- 6.1.49 Une procédure est suivie pour mettre adéquatement en œuvre les mesures de contention, pour surveiller l'utilisateur concerné et pour consigner l'utilisation de ces mesures au dossier de l'utilisateur.

**Conseils :**

Quand il est nécessaire de recourir à des mesures de contention, il faut prendre en considération la façon dont la surveillance de l'usager sera assurée et les soins précis alors requis. L'équipe respecte toutes les lois applicables et les pratiques éclairées par des données probantes quand des mesures de contention sont utilisées.

L'information consignée sur l'utilisation des mesures de contention indique quand, où, pourquoi et pour combien de temps elles ont été requises, de même que toutes les autres mesures tentées qui ont échoué avant le recours aux mesures de contention.



- 6.1.50 Quand des signes démontrent que l'état de l'usager s'aggrave, l'équipe évalue les risques que cela représente pour l'usager et suit les processus prévus pour augmenter le niveau de soins.

**Conseils :**

Quand les services sont reçus en médecine générale ou dans un secteur offrant un autre niveau de soins, il est important que l'équipe surveille régulièrement les usagers pour voir si leur état s'aggrave et qu'elle sache comment procéder pour passer à un autre niveau de soins quand cela est nécessaire. La fréquence à laquelle les usagers sont surveillés varie en fonction des usagers et de leur état. Les équipes ont recours à un processus établi pour évaluer si un usager est à risque (p. ex. un système d'évaluation des risques) et déterminer les prochaines étapes et ce qui doit déclencher le passage à un autre niveau de soins. Dans bien des cas, les signes d'aggravation déclencheront le recours à l'équipe d'intervention rapide (ÉIR), un transfert en soins critiques ou vers un autre milieu de soins si l'organisme n'offre pas de soins critiques. Les membres de l'équipe se servent d'outils de communication normalisés lors du déclenchement de l'augmentation du niveau de soins pour s'assurer de transmettre des renseignements complets et exacts.

Certains organismes se servent de dispositifs de télémétrie pour surveiller les usagers à risques élevés. De concert avec l'équipe de soins critiques, il est recommandé d'établir des critères permettant de déterminer pour quels usagers il faut recourir à la télémétrie et quel niveau de soins est requis (p. ex. soins intermédiaires ou soins courants), de clarifier les rôles et responsabilités liés à la surveillance de ces usagers, d'assurer la surveillance en tout temps par les membres de l'équipe qui ont une formation en surveillance des usagers soumis à l'électrocardiogramme, de consigner l'information et de la communiquer aux membres pertinents de l'équipe, ainsi que d'établir un processus pour les cas où il faut augmenter les soins et transférer les usagers à l'unité de soins critiques.

Des usagers qui occupent un lit réservé à un autre niveau de soins (ANS) peuvent être déplacés dans une unité d'hospitalisation.



- 6.1.51 Les progrès de l'usager par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'usager, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.

**Conseils :**

La consignation des progrès de l'usager par rapport aux objectifs est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle inclut l'usager et sa famille. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés, la discussion avec les usagers et les familles et l'observation.



- 6.1.52 Les usagers et les familles ont accès à des services psychosociaux et de soutien.

**Conseils :**

Le soutien émotionnel et le counseling peuvent aider les usagers et les familles à composer avec les besoins et les problèmes en matière de santé. Le soutien peut viser

à aider les usagers à composer avec un diagnostic, avec la prise de décisions ou avec les effets secondaires; il peut également être axé sur des questions d'éthique précises comme les directives préalables.



- 6.1.53 Il existe un processus pour entreprendre les soins palliatifs et les soins en fin de vie, au besoin.

**Conseils :**

Les services sont entrepris par l'équipe, l'utilisateur ou la famille et tiennent compte de l'évaluation des résultats. La participation aux soins palliatifs et aux soins en fin de vie différera selon les services que l'équipe offre et selon les usagers desservis. Si l'équipe n'offre pas de soins palliatifs et en fin de vie, les usagers sont acheminés vers les services appropriés.



- 6.1.54 Le souhait de l'utilisateur de mettre fin aux services ou de les limiter, d'être transféré à un autre service ou de retourner à la maison est respecté.

**Conseils :**

La prise de décisions conjointe au sujet de la transition de l'utilisateur a lieu en consultation avec la famille ou la personne chargée de prendre les décisions au nom de l'utilisateur, au besoin, et tient compte de la capacité de l'utilisateur de prendre des décisions. Les risques de la transition sont discutés avec l'utilisateur et la famille, de même que les services extra-hospitaliers auxquels ils auront accès après la transition.

Un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour travailler avec les usagers qui ont choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Si l'utilisateur souhaite continuer d'obtenir des services qui vont à l'encontre de la recommandation de l'équipe ou qui vont au-delà de la capacité de l'organisme, un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour assurer un résultat juste et équitable pour l'utilisateur et l'organisme.



- 6.1.55 Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition de l'utilisateur, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.

**Conseils :**

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible dans le cadre du processus de soins. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour l'utilisateur sont déterminés. Certains facteurs ont une influence sur la capacité de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisme.



- 6.1.56 Les usagers sont responsabilisés de manière à gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.

**Conseils :**

L'enseignement qui favorise la responsabilisation et aide les usagers à gérer eux-mêmes une maladie chronique peut comprendre la planification de mesures, l'imitation de comportement, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation, les techniques de gestion des symptômes, des facteurs de risque, de la fatigue et du sommeil, l'utilisation des médicaments, la gestion des émotions, les changements sur le plan de la cognition et de la mémoire, la formation en communication avec des professionnels de la santé et d'autres personnes, ainsi que la résolution de problèmes et la prise de décisions liées à des questions de santé.

Des outils et des ressources sont offerts aux usagers pour les aider à gérer eux-mêmes leur état de santé. Ils sont adaptés aux besoins de chaque usager. Par exemple, les outils peuvent être modifiés en fonction de leur degré de compréhension, de leur niveau d'alphabétisation, de leur invalidité, ainsi que de leur langue et de leur culture.



- 6.1.57 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.

**Conseils :**

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan d'intervention interdisciplinaire que ce soit vers la maison, une autre équipe, un autre niveau de soins ou qu'il s'agisse de la fin des services, améliore la coordination entre les équipes et les organismes partenaires et aide à préparer l'usager pour la fin des services. La participation de l'usager à la planification de la fin des services assure que l'usager et la famille sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition de l'usager, de même que ses besoins et préférences après les soins font partie du plan d'intervention interdisciplinaire. La discussion peut comprendre le suivi après les soins, la capacité relative à l'auto-administration des soins, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



- 6.1.58 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

**Conseils :**

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'usager 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'usager. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examens, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication (comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins posthospitaliers, la relecture et la reformulation) favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente et des outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisme. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisme. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les familles de répéter l'information. Les usagers et les familles ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

**Tests de conformité :**

- 6.1.58.1** L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.



- 6.1.58.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 6.1.58.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 6.1.58.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 6.1.58.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :
  - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
  - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
  - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).



- 6.1.59 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

À intervalles réguliers, un échantillon d'usagers, de familles ou d'organismes vers lesquels ils ont été acheminés est contacté pour déterminer l'efficacité de la transition ou de la fin des services, connaître l'opinion et les préoccupations des usagers après la transition et vérifier si les plans de suivi sont respectés. L'évaluation des transitions représente une occasion de vérifier que les besoins de l'utilisateur et de la famille ont été satisfaits et que leurs préoccupations ou leurs questions ont été abordées.

La rétroaction des usagers et l'ensemble des résultats de l'évaluation sont partagés avec le personnel d'encadrement et le conseil d'administration de l'organisme, et l'information est utilisée pour améliorer les transitions.



- 6.1.60 Dans le cas des usagers en pédiatrie ou des jeunes, la planification de la transition vers des soins aux adultes se fait en partenariat avec l'utilisateur et la famille et cela est consigné dans le plan d'intervention interdisciplinaire.

**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.









- 6.1.61 Les services pertinents de suivi pour l'utilisateur, le cas échéant, sont coordonnés en collaboration avec l'utilisateur, la famille, d'autres équipes et organismes.

**Conseils :**

La responsabilité entourant les soins se poursuit jusqu'à ce que le service ait pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre organisme.

Les services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extra-hospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile à l'utilisateur contribue à ce que ce dernier reçoive les services les plus appropriés à l'endroit le plus adéquat, et réduit au minimum les transferts inutiles et les solutions temporaires.

- |  |  |
|--|--|
|       | <p>6.1.62 Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.</p> <p><b>Conseils :</b></p> <p>S'il a été décidé qu'un suivi est nécessaire, le type et la méthode de suivi qui conviennent sont déterminés. Cela comprend les responsabilités de l'équipe, par exemple, le suivi des tests, l'acheminement de l'utilisateur vers un organisme partenaire, l'établissement d'un calendrier pour les communications de suivi avec l'utilisateur ou pour lui rappeler un rendez-vous. Cela comprend aussi les responsabilités de l'utilisateur, comme assurer un suivi avec les autres prestataires de soins (p. ex. soins primaires ou centre de santé communautaire), signaler une aggravation ou un changement des symptômes et prendre les médicaments selon les ordonnances.</p> <p>Un outil d'évaluation normalisé est utilisé pour évaluer le risque de réadmission après la fin des services.</p>  |
|       | <p>6.1.63 Le cas échéant, les plans de cheminement clinique sont suivis systématiquement pour la prestation de soins afin d'obtenir la même qualité de soins pour tous les usagers dans tous les milieux.</p> <p><b>Conseils :</b></p> <p>Les plans de cheminement clinique sont utilisés pour déterminer le plan d'intervention interdisciplinaire établi pour les usagers. Ils fournissent à l'équipe des explications détaillées et les attentes entourant le travail auprès des usagers, en lui offrant le soutien nécessaire à chacune des étapes des soins (p. ex. planification des soins, planification des ressources, traitements, interventions). Les plans de cheminement clinique sont spécifiques à une maladie et à une population d'utilisateurs puisqu'ils peuvent varier selon qu'il s'agit d'un jeune ou d'un adulte.</p>   |
|   | <p>6.1.64 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p> <p><b>Conseils :</b></p> <p>La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions prévues, les consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.</p> <p>L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).</p> <p>L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.</p> |

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires (services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.

#### Tests de conformité :

- 6.1.64.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- 6.1.64.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 6.1.64.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 6.1.64.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 6.1.64.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 6.1.64.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 6.1.64.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 6.1.64.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

## 6.2 Prévention et contrôle des infections - Services de pédiatrie

- 6.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

#### Conseils :

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la



meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

#### Tests de conformité :

**6.2.1.1** La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :

- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
- mesurer l'utilisation d'un produit;
- inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
- évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

**6.2.1.2** Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

**6.2.1.3** Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

**6.2.2** La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

#### Conseils :

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes d'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques



appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit:

- avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

**Tests de conformité :**

**6.2.2.1** Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



**6.2.3** Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

**Conseils :**

Les usagers, les familles et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres.



**6.2.4** Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.

**Conseils :**

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.



**6.2.5** Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.



**6.2.6** Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.

**Conseils :**

Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.



- 6.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

**Conseils :**

Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).



- 6.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.

**Conseils :**

Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.



- 6.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

**Conseils :**

Par exemple, l'organisme peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.



- 6.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.

**Conseils :**

Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.





- 6.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.

**Conseils :**

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination.



ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

### 6.3 Gestion des médicaments - Services de pédiatrie

-   6.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.


#### Conseils :


Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.

-   6.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.

#### Conseils :


L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).


-  6.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.


-  6.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.

#### Conseils :

Par exemple, l'utilisateur peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.












-  6.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.

-  6.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.

-  6.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.

#### Conseils :

Les critères de sélection englobent la capacité de l'utilisateur à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.

- 
 6.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.
- Conseils :**
- Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'utilisateur dans un tiroir verrouillé.
- 
 6.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.
- 
 6.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.
- Conseils :**
- Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.
- 

 6.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'utilisateur avant son administration.
- 

 6.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.
- Conseils :**
- La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'utilisateur ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.
- 
 6.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'utilisateur l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.
- Conseils :**
- Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'utilisateur a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.
- 

 6.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.
- Conseils :**
- Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'utilisateur. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.
- 
 6.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque usager sont surveillés et consignés.



**Conseils :**

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



- 6.3.16 Chaque usager est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



- 6.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des usagers afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

**Conseils :**

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



- 6.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux usagers et aux familles les incidents liés à la sécurité des usagers sont respectées.

**6.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de pédiatrie**



- 6.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

**Conseils :**

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.



- 6.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

**Conseils :**

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.



- 6.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

## Chapitre 7 : Services d'oncologie

Les services d'oncologie sont dédiés au traitement du cancer et porte sur l'ensemble du continuum des soins et services, du diagnostic et de la planification des soins, du traitement jusqu'à la planification de la transition. Les critères portent sur la radiothérapie (radiothérapie externe et curiethérapie) et les traitements systémiques (hormonothérapie, chimiothérapie, thérapie biologique et cytotoxique) offerts aux usagers hospitalisés et aux usagers en consultation externe. L'évaluation ne porte pas sur la chirurgie oncologique ou les procédures invasives.<sup>9</sup>

### 7.1 Épisode de soins - Services d'oncologie



- 7.1.1 Radiothérapie seulement : Un processus permet de déterminer quel équipement ou logiciel doit être mis à niveau ou ne répond pas aux meilleures pratiques en matière de prestation des services, et d'y remédier.

#### Conseils :

Les mises à niveau ont lieu en temps opportun de manière à ce qu'elles n'aient pas d'incidence négative sur l'accès aux services de radiothérapie et sur leur qualité. Lorsque des normes, des recommandations ou de meilleures pratiques sont établies par des organismes nationaux ou régionaux, elles sont utilisées. En leur absence, l'organisme dispose d'un processus pour déterminer ce qui est acceptable.



- 7.1.2 Radiothérapie seulement : Des politiques et des procédures de contrôle de la qualité technique se rapportant à tout l'équipement de radiothérapie sont élaborées et respectées.

#### Conseils :

Les politiques et les procédures de contrôle de la qualité sont habituellement élaborées par une équipe d'assurance de la qualité en radiothérapie. Elles sont élaborées et suivies pour s'assurer que tout l'équipement est approprié à une prestation de soins sécuritaires et de haute qualité et qu'il est conforme aux normes applicables. Lorsqu'il s'agit de nouvel équipement, une procédure de contrôle de la qualité est mise en œuvre pendant l'installation et la mise en service, et l'équipement est mis à l'essai avant d'être utilisé à des fins cliniques.



- 7.1.3 Radiothérapie seulement : Les règlements régionaux et nationaux, quant à l'enregistrement, l'installation et l'étalonnage de l'équipement de radiothérapie, sont respectés.

#### Conseils :

Tous les règlements applicables sont respectés.












- 7.1.4 Radiothérapie seulement : Des vérifications indépendantes de l'étalonnage de la dosimétrie des appareils de traitement sont effectuées au moins une fois par année.

#### Conseils :

Afin d'assurer que les usagers reçoivent les doses de radiation prescrites, le bon étalonnage de la dosimétrie des appareils de traitement est essentiel. Des vérifications indépendantes externes de la dosimétrie sont effectuées pour tous les appareils de traitement. Les résultats des vérifications sont examinés par les chefs des services de radio-oncologie, de physique médicale et de radiothérapie.

<sup>9</sup> HSO Traitement du cancer, 2018. HSO 34005:2018

-  7.1.5 Radiothérapie seulement : Des vérifications indépendantes du contrôle de la qualité sont effectuées au moins une fois par année.
- Conseils :**
- La vérification indépendante du contrôle de la qualité est un élément essentiel de tout programme de contrôle de la qualité. En vue d'assurer la redondance et une surveillance appropriée, un physicien médical qualifié effectue une vérification indépendante de la mise en œuvre, de l'analyse et de l'interprétation des résultats de contrôle de la qualité de tout l'équipement de radiothérapie au moins une fois par année. Les vérifications indépendantes sont consignées.
-  7.1.6 Radiothérapie seulement : Après que l'équipement de radiothérapie ait fait l'objet de travaux d'entretien, de réparations et de mises à niveau ou qu'il ait subi des dommages, des vérifications de la sécurité et de l'assurance de la qualité sont effectuées, et ce, avant que l'équipement soit utilisé à des fins cliniques.
- Conseils :**
- Après qu'il ait fait l'objet de travaux d'entretien, de réparations, de mises à niveau ou qu'il ait subi des dommages, l'équipement de radiothérapie est remis en service seulement une fois que des essais ont été réalisés aux fins d'assurance de la qualité par un physicien médical qualifié ou sous sa supervision.
-  7.1.7 Radiothérapie seulement : Un registre de l'équipement de radiothérapie permet de consigner l'entretien effectué et les temps d'arrêt, ainsi que de déterminer et de consigner les mises à niveau et réparations nécessaires et les autres solutions utilisées pour régler les problèmes relatifs à l'équipement.
- Conseils :**
- Les dossiers sur l'entretien préventif sont conservés conformément aux règlements régionaux et nationaux.
-  7.1.8 Radiothérapie seulement : Lorsque les services sont confiés à un fournisseur externe, l'organisme s'assure que toutes les exigences en matière de sécurité sont respectées et documentées.
- Conseils :**
- Les services contractuels peuvent inclure l'installation, l'étalonnage, la réparation, la mise à niveau et l'entretien de l'équipement de radiothérapie, en plus des services d'assurance de la qualité.
-  7.1.9 Radiothérapie seulement : Il existe des politiques et des procédures définies pour protéger les usagers, les membres de l'équipe et la communauté en cas de défaillance ou de mauvais fonctionnement de l'équipement, ou de dommages subis par celui-ci.
- Conseils :**
- Les politiques et les procédures sont claires et elles contiennent de l'information détaillée sur les mesures à prendre en cas de défaillance ou de mauvais fonctionnement de l'équipement ou de dommages subis par celui-ci. Les mesures peuvent comprendre les étapes à suivre pour avertir les membres appropriés de l'équipe et les services de soutien ainsi que pour donner du soutien aux usagers.
-   7.1.10 Radiothérapie seulement : Le programme de radiothérapie dispose d'un processus qui permet de gérer les divers types de déchets radioactifs.
-   7.1.11 Radiothérapie seulement : Une personne ou des personnes sont désignées responsables du programme de radiothérapie.

**Conseils :**

Le fait d'avoir une ou des personnes désignées responsables du programme permet d'établir les responsabilités au sein de celui-ci. La personne ou les personnes responsables du programme de radiothérapie sont chargées de la surveillance médicale et administrative du programme de radiothérapie et répondent aux exigences définies par l'organisme, les ordres professionnels applicables et les organismes de réglementation.



- 7.1.12 Radiothérapie seulement : Une personne est désignée responsable de la radioprotection en radio-oncologie.

**Conseils :**

Pour les questions relatives à la radioprotection, le responsable de la radioprotection rend compte directement au chef de la direction de l'organisme ou à un délégué de la haute direction autre que le responsable désigné du programme de radiothérapie.



- 7.1.13 Radiothérapie seulement : L'équipe peut consulter un radio-oncologue et un physicien médical en tout temps durant la prestation des services.

**Conseils :**

Lorsque des questions sont soulevées, il est important que l'équipe puisse consulter un radio-oncologue ou un physicien médical. Les paramètres de la disponibilité et les délais acceptables sont déterminés par le programme et sont respectés par l'équipe.

Lorsque ces personnes ne peuvent être consultées immédiatement sur place, un processus est suivi pour y avoir accès par d'autres moyens (p. ex., télémédecine, accès à distance).



- 7.1.14 Radiothérapie seulement : De la formation continue et du perfectionnement sont fournis à l'équipe au sujet de la radioprotection.

**Conseils :**

Lorsque les membres de l'équipe travaillent avec des appareils à rayonnement, il est essentiel qu'ils aient une formation sur la radioprotection et qu'ils disposent de renseignements à jour.

La formation permet aux employés d'acquérir les connaissances nécessaires pour qu'ils puissent travailler en sécurité avec des appareils à rayonnement et des substances nucléaires. La formation répond aux exigences des règlements nationaux ou régionaux (le cas échéant).












- 7.1.15 Radiothérapie seulement : De la formation et du perfectionnement sont offerts sur l'utilisation sécuritaire et efficace de l'équipement et du logiciel de radiothérapie.

**Conseils :**

La radiothérapie comporte des processus complexes et dynamiques qui sont en constante évolution ainsi que de nouvelles technologies. La formation et le perfectionnement sur la radiothérapie doivent suivre le rythme de ces changements et assurer un environnement sécuritaire aux usagers, aux familles, aux membres de l'équipe et au public.

Une formation est offerte à ceux qui sont nouveaux dans l'organisme et à ceux qui font partie du personnel temporaire ou qui reviennent d'un congé prolongé. La formation est offerte à tous les membres de l'équipe quand un nouvel appareil ou un nouveau logiciel de radiothérapie est installé, après une mise à niveau et lorsque l'évaluation des compétences indique qu'un recyclage est requis.

-  7.1.16 Radiothérapie seulement : Des instructions et des guides d'utilisation sont facilement accessibles en tout temps pour chaque type d'appareil et de logiciel de radiothérapie utilisé.
- Conseils :**
- Les instructions et les guides d'utilisation comprennent aussi les renseignements du fabricant concernant les précautions de sécurité particulières. Les membres de l'équipe ont accès aux bulletins de sécurité fournis par le fabricant après l'installation initiale.
-   7.1.17 Radiothérapie seulement : L'efficacité de la formation sur l'équipement et les logiciels de radiothérapie est évaluée et des améliorations sont apportées, s'il y a lieu.
- Conseils :**
- Les exemples de mécanismes d'évaluation comprennent les enquêtes sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rapportant à l'utilisation d'un appareil ou d'un logiciel de radiothérapie ainsi que l'examen des évaluations des compétences.
-   7.1.18 Radiothérapie seulement : Il existe un comité d'assurance de la qualité en radiothérapie.
- Conseils :**
- En raison des risques associés à la radiothérapie ainsi qu'à la technologie et à l'équipement de radiothérapie, l'organisme dispose d'un comité d'assurance de la qualité spécifique à la radiothérapie. Le comité se compose d'un agencement de membres possédant une variété de compétences pour veiller à ce que tous les secteurs de soins et toutes les disciplines soient représentés.
- Le comité examine, élabore et met en œuvre les politiques et les procédures sur la prestation sécuritaire de la radiothérapie et il participe à la planification des services, à la sélection et à l'acquisition de l'équipement, aux projets d'amélioration de la qualité, à la prévention des incidents, à l'examen des incidents et à la surveillance de la conformité aux politiques et procédures de contrôle de la qualité technique.
- Le comité d'assurance de la qualité tient des rencontres régulièrement et à la suite de certains événements (p. ex., avant l'acquisition de nouvel équipement, suivant une urgence ou une défaillance de l'équipement ou après un incident lié à la sécurité des usagers).
-   7.1.19 Radiothérapie seulement : L'exposition aux rayonnements est contrôlée conformément aux règlements pour assurer la sécurité des usagers, de l'équipe et du public.
- Conseils :**
- Le contrôle de l'exposition aux rayonnements permet à l'organisme d'organiser les fonctions de manière à assurer la sécurité de l'équipe lorsqu'elle administre de la radiothérapie.
- Afin d'assurer une conformité aux règlements applicables, les niveaux de dose sont mesurés directement ou ils sont évalués. Le responsable de la radioprotection approuve les données relatives au blindage d'une salle contenant de l'équipement de radiothérapie, et ce, avant le démarrage des travaux de construction ou de rénovation. Il approuve la vérification de l'évaluation du blindage une fois les travaux terminés et avant l'utilisation initiale de l'équipement de radiothérapie.
-   7.1.20 Radiothérapie seulement : Des politiques et des procédures permettent d'identifier les usagers ayant des appareils électroniques implantés et de les surveiller pendant la radiothérapie.

**Conseils :**

Pour minimiser les risques pour les usagers qui ont des appareils électroniques implantés, des précautions sont prises durant la planification en vue du traitement de radiothérapie et pendant celui-ci. La politique porte sur les étapes nécessaires à suivre lorsqu'un usager a un appareil électronique implanté, ce qui comprend le fait de communiquer la présence de l'appareil à l'équipe avant la planification ou la prestation du traitement, la consultation du médecin spécialiste approprié (p. ex., un cardiologue, un neurologue, un gastroentérologue) et les renseignements donnés à l'usager au sujet des risques de mauvais fonctionnement et des mesures qui seront prises pour le surveiller pendant le traitement.



- 7.1.21 Radiothérapie seulement : Le programme de radiothérapie comprend des politiques et des procédures qui portent sur les soins cliniques, l'imagerie, la planification des traitements et la prestation du traitement.

**Conseils :**

Le programme de radiothérapie suit les lignes directrices sur l'imagerie, la planification et la prestation du traitement. Un processus est en place pour choisir et revoir régulièrement les lignes directrices afin de veiller à ce qu'elles tiennent compte des données actuelles de la recherche et des meilleures pratiques. Le programme de radiothérapie est doté d'un processus qui permet de faire des choix entre des lignes directrices contradictoires ou de multiples recommandations.

Les politiques et les procédures portent, à tout le moins, sur les temps d'attente, l'identification des usagers, la stadification, la mise en œuvre des guides de pratique clinique, le consentement éclairé, l'enseignement donné aux usagers, l'autorisation à procéder aux épreuves d'imagerie, la planification et le traitement. Les politiques et procédures sont revues régulièrement.



- 7.1.22 Radiothérapie seulement : Les processus d'imagerie, de planification et de traitement sont discutés avec l'usager avant la prestation des services.

**Conseils :**

Le processus d'imagerie, de planification et de traitement, l'équipement utilisé, ce à quoi l'usager peut s'attendre pendant les interventions ainsi que la vérification de la latéralité sont discutés avec l'usager avant la prestation des services. L'usager a l'occasion de poser des questions. Les membres de l'équipe utilisent des processus pour vérifier que les usagers ont bien compris l'information, par exemple, en encourageant les usagers à poser des questions et en leur donnant le temps de le faire, et en demandant à l'usager de répéter l'information fournie.



- 7.1.23 Radiothérapie seulement : Une politique est suivie pour autoriser le plan de radiothérapie ou y apporter des changements.



- 7.1.24 Radiothérapie seulement : Une politique définit les renseignements minimaux devant figurer dans les demandes de traitement de radiothérapie.

**Conseils :**

La demande de traitement de radiothérapie est utilisée pour commencer le processus de planification et de traitement. Bien que la prescription précise puisse être inconnue au moment où la demande de traitement est émise, cette dernière comprend, au minimum, l'information sur l'imagerie, la dose, le fractionnement, le site du traitement, la latéralité et la prescription prévisionnelle. Les renseignements suivants figurent parmi d'autres pouvant être inclus : l'information sur le prescripteur, un identificateur unique de l'usager (p. ex., chiffres) de même que son nom au complet, sa date de naissance, son sexe, le diagnostic, la modalité et l'intervalle du traitement.

Il est indiqué clairement dans le plan de traitement de l'utilisateur si celui-ci reçoit des traitements concomitants.



- 7.1.25 Radiothérapie seulement : Une politique définit les renseignements minimaux devant figurer dans les prescriptions de la radiothérapie.

**Conseils :**

La prescription de la radiothérapie précise clairement la dose prescrite par rapport à un point particulier du plan ou par rapport à une courbe d'isodose. Elle comprend suffisamment d'information pour offrir le traitement comme prévu sans ambiguïté (p. ex. à tout le moins, la dose et le fractionnement, le site de traitement et la confirmation de latéralité) et au moins deux identificateurs de l'utilisateur, et elle est autorisée par un radio-oncologue.



- 7.1.26 Radiothérapie seulement : Le plan de traitement de radiothérapie de l'utilisateur est vérifié de façon indépendante par un deuxième professionnel avant le début du premier traitement et lorsqu'un changement est apporté aux paramètres du traitement.

**Conseils :**

Les plans de radiothérapie sont vérifiés par des pairs professionnels conformément à leur domaine d'expertise. Les professionnels qui sont autorisés à effectuer une deuxième vérification indépendante comprennent les médecins, les dosimétristes et les technologues en radiothérapie. Le programme de radiothérapie dispose de procédures pour décrire les vérifications minimales qui doivent être effectuées ainsi que les compétences requises pour le faire. Une attention toute particulière est accordée aux traitements complexes.



- 7.1.27 Radiothérapie seulement : Le plan de traitement de radiothérapie de chaque usager est vérifié par un radio-oncologue.

**Conseils :**

La vérification des plans de traitement par un pair radio-oncologue comprend une vérification détaillée de tous les éléments du plan de traitement, y compris la délimitation de la zone à traiter et la dosimétrie. Les plans de radiothérapie sont vérifiés par un pair avant le début du traitement. Lorsque la vérification par un pair ne peut être effectuée avant le début du traitement, elle est réalisée avant que 25 % du total de la dose prescrite ait été administré.



- 7.1.28 Radiothérapie seulement : Les calculs des unités moniteurs ou du temps de traitement sont vérifiés au moyen d'un système indépendant pour chaque plan de radiothérapie, et ce, avant le premier traitement ou lorsque survient un changement dans les paramètres de traitement.

**Conseils :**

Les calculs, soit des unités moniteur, soit du temps de traitement (tout dépend de l'appareil), sont effectués au moyen d'un système de calcul primaire. Un système indépendant est utilisé pour vérifier le système primaire. Les systèmes de calcul sont habituellement des logiciels, mais il peut aussi s'agir de calculs effectués à la main. Cette vérification est effectuée avant le début du premier traitement et chaque fois que les paramètres d'un plan de traitement sont modifiés.



- 7.1.29 Radiothérapie seulement : L'organisme utilise une nomenclature uniforme des termes techniques pour assurer une prestation de soins sécuritaires et efficaces.

**Conseils :**

L'uniformité de la nomenclature et des termes techniques aide à prévenir les malentendus et les erreurs. Dans la mesure du possible, les recommandations internationales sur la nomenclature devraient être suivies pour assurer une bonne communication entre les organismes.



- 7.1.30 Radiothérapie seulement : Tous les renseignements relatifs aux traitements de radiothérapie que reçoivent les usagers sont consignés.

**Conseils :**

La description détaillée du traitement doit être assez précise pour que le plan puisse être recréé par un autre organisme ou une autre équipe d'oncologie si l'utilisateur doit recevoir de nouveau le traitement.



- 7.1.31 Radiothérapie seulement : Des données sont recueillies sur les taux de vérification des plans de traitement de radiothérapie par les pairs.

**Conseils :**

La vérification des plans de traitement par un pair radio-oncologue indépendant devrait avoir lieu avant le début du traitement. Lorsque ce n'est pas possible, elle est réalisée avant que 25 % de la dose prescrite totale ait été administrée. L'équipe conserve des données sur le moment où cette vérification est effectuée et utilise ces renseignements pour mettre en œuvre des stratégies visant à accroître les taux de vérification par les pairs.

Les données sont transmises aux organismes pertinents à des fins de comparaison.



- 7.1.32 Thérapie systémique seulement : Le nombre de modèles de pompes à perfusion utilisés par l'équipe pour la thérapie systémique contre le cancer est limité.



- 7.1.33 Thérapie systémique seulement : L'équipe a accès aux lignes directrices sur la manipulation sécuritaire des médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.

**Conseils :**

Les lignes directrices sur la manipulation sécuritaire des médicaments systémiques et sur la santé et la sécurité du travail devraient être à jour. La sécurité de l'équipe et des usagers ainsi que les questions de santé et de risques d'infertilité et de malformations sont prises en compte lorsque les tâches sont assignées. Une méthode est en place pour donner suite aux préoccupations de l'équipe en ce qui a trait à la manipulation des médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.

Les politiques traitent également de façon précise de la formation offerte aux membres de l'équipe, de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), des pratiques de travail, de la gestion des déchets, de la gestion des déversements et de la manipulation de l'équipement.



- 7.1.34 Thérapie systémique seulement : Les lignes directrices établies sont suivies pour ce qui est de la manipulation sécuritaire des médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.

**Conseils :**

Les lignes directrices sont suivies pour l'acquisition, l'entreposage, la manipulation, la préparation, l'administration, le transport des agents cytotoxiques et autres thérapies systémiques contre le cancer qui présentent un danger potentiel, ainsi que pour la gestion des déversements et l'élimination des déchets.



Les règlements sont respectés pour la manipulation des médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer et le port d'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié.



- 7.1.35 Thérapie systémique seulement : La responsabilité de l'acquisition, de la réception, de l'entreposage, de la préparation, de l'administration, du transport et de la disposition des médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer ainsi que des matières contaminées est déterminée.



- 7.1.36 Thérapie systémique seulement : Les lignes directrices de l'organisme sont suivies en ce qui a trait aux déversements de médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.

**Conseils :**

Une trousse pour déversements de produits dangereux se trouve aux endroits où des traitements de chimiothérapie sont dispensés et administrés.



- 7.1.37 Thérapie systémique seulement : Tout ce qui a trait aux déversements liés aux médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer sont consignés et ces renseignements sont utilisés pour apporter des améliorations.



- 7.1.38 Thérapie systémique seulement : Les lignes directrices de l'organisme sont suivies pour la disposition sécuritaire des médicaments pour la thérapie systémique contre le cancer.

**Conseils :**

De l'équipement de protection est disponible lors de l'élimination des médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.



- 7.1.39 Thérapie systémique seulement : Un processus permet de déterminer et de consigner par écrit le nom de la personne responsable de la prescription, de la validation, de la vérification, de la distribution, du contrôle et de l'administration des médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.

**Conseils :**

En établissant clairement les rôles relatifs à la gestion et à l'utilisation des médicaments, on contribue à réduire la probabilité que surviennent des erreurs liées aux médicaments et des incidents liés à la sécurité des usagers.



- 7.1.40 Thérapie systémique seulement : Les ordonnances verbales ou téléphoniques ne sont pas acceptées pour un cycle entier de médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.

**Conseils :**





Un processus permet d'accepter des clarifications au téléphone et de les consigner.



- 7.1.41 Thérapie systémique seulement : Un format standard est suivi dans tout l'organisme pour les ordonnances, l'étiquetage et l'administration de médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.

**Conseils :**

Un format détaillé, précis et intuitif est utilisé dans le cadre de chaque processus. Des lettres majuscules sont utilisées pour distinguer les médicaments dont l'apparence ou le nom sont semblables.

-  7.1.42 Thérapie systémique seulement : Le calcul des doses est indiqué lors de l'ordonnance et de la vérification des médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.
- Conseils :**
- Le calcul des doses est clairement indiqué sur le formulaire d'ordonnance afin d'en contrôler l'exactitude à diverses étapes du processus.
-   7.1.43 Thérapie systémique seulement : Chaque ordonnance est examinée pour s'assurer qu'elle est complète et exacte avant de préparer, de distribuer et d'administrer les médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.
- Conseils :**
- Chaque ordonnance doit au moins indiquer le nom de l'usager, le nom du médicament, la dose, la fréquence d'administration et le nom du professionnel prescripteur. Les prescriptions sont revues par un professionnel qualifié pour vérifier la pertinence de chaque médicament, l'utilisation de plusieurs médicaments et l'interaction des médicaments.
-   7.1.44 Thérapie systémique seulement : Les abréviations et les tirets ne sont pas utilisés dans les ordonnances de médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.
- Conseils :**
- Cela comprend les instructions de distribution des médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.
-   7.1.45 Thérapie systémique seulement : Tous les changements apportés aux ordonnances de médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer sont gérés, consignés et communiqués.
-   7.1.46 Thérapie systémique seulement : Toutes les prescriptions de médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer sont vérifiées avant de procéder à la préparation.
- Conseils :**
- L'ordonnance et le médicament doivent être vérifiés par deux membres qualifiés de l'équipe. Si toute question persiste au sujet de la prescription, le membre de l'équipe ayant prescrit le médicament est joint.
-  7.1.47 Thérapie systémique seulement : Les lignes directrices professionnelles établies pour la préparation et la distribution sécuritaire de médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer sont suivies.
- Conseils :**
- Les lignes directrices portent notamment sur le nombre d'ordonnances de médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer préparées à la fois, ainsi que sur la double vérification indépendante à mener pendant et après la préparation des médicaments.
-   7.1.48 Thérapie systémique seulement : De la formation est donnée à l'équipe sur la manipulation sécuritaire des matières contaminées et des médicaments servant aux thérapies systémiques contre le cancer, et une mise à jour est effectuée régulièrement.
- Conseils :**
- La formation est aussi offerte à du personnel qui ne fait pas partie de l'équipe chargée des services de thérapie systémique contre le cancer (par exemple, les personnes exerçant des fonctions de brancardier ou celles chargées de la buanderie, de l'accueil,

de la réception du personnel, des services de transport ou de l'entretien ménager), au besoin. De l'information est fournie sur l'équipement de protection individuelle (ÉPI) ainsi que sur les méthodes d'élimination appropriées des médicaments et les méthodes de nettoyage sécuritaires.

Le terme « régulièrement » est défini par l'équipe et le calendrier établi est respecté.



- 7.1.49 Thérapie systémique seulement : L'équipe a accès à de l'information à jour en ce qui concerne les schémas posologiques des thérapies systémiques contre le cancer et les médicaments administrés dans l'organisme.

**Conseils :**

L'information est mise à jour de façon continue ou chaque fois qu'un changement important survient. L'information est conservée à un endroit facilement accessible sous forme de document papier ou de document électronique. Tous les membres de l'équipe savent comment et où accéder à cette information.

L'information englobe l'utilisation, la définition des doses, la préparation, les directives d'administration, les effets secondaires des médicaments (ceux qui sont courants et ceux qui sont inhabituels), la surveillance de l'utilisateur et la prise en charge de la surdose.



- 7.1.50 Thérapie systémique seulement : De la formation et du perfectionnement sont donnés à l'équipe au sujet des nouveaux médicaments ou schémas posologiques avant leur utilisation au sein de l'organisme.

**Conseils :**

La formation et le perfectionnement englobent l'utilisation, la définition des doses, la préparation, les directives d'administration, les effets secondaires courants des médicaments ainsi que ceux qui sont inhabituels, ainsi que la surveillance de l'utilisateur, la manipulation sécuritaire et toutes exigences particulières relatives à la manipulation.



- 7.1.51 Thérapie systémique seulement : La taille, le poids de l'utilisateur, de même que les paramètres cliniques pertinents précisés dans le schéma posologique sont vérifiés à chaque cycle ou selon les indications cliniques; cette information est consignée et tout changement important est communiqué.

**Conseils :**

Puisqu'un changement de poids peut entraîner une modification de la dose à administrer, les membres de l'équipe doivent s'assurer qu'il n'est pas survenu de changement important.

Des lignes directrices sont établies relativement à ce qui est considéré comme un changement important de la masse corporelle.



- 7.1.52 Thérapie systémique seulement : Une double vérification indépendante de la dose et de la vitesse d'administration des pompes à perfusion est effectuée avant l'administration.

**Conseils :**

Les risques pour la sécurité de l'utilisateur sont réduits en vérifiant le fonctionnement de la pompe et en consignnant les résultats de la vérification.

Dans le cas d'une perfusion à domicile, le bon fonctionnement des pompes est vérifié avant que l'utilisateur quitte l'organisme.



- 7.1.53 Thérapie systémique seulement : Des lignes directrices en matière de gestion des cathéters veineux centraux sont suivies par l'équipe.



- 7.1.54 Thérapie systémique seulement : Un processus est en place pour fournir des instructions détaillées aux usagers sur l'administration et la manipulation sécuritaire des traitements systémiques oraux contre le cancer.

**Conseils :**

Pour maximiser la sécurité, les usagers reçoivent des instructions détaillées sur la façon adéquate d'administrer les médicaments systémiques oraux contre le cancer. Les usagers sont invités à poser des questions pour s'assurer qu'ils ont bien compris l'information. Par instructions détaillées on entend, par exemple, la manipulation et le rangement sécuritaires des médicaments, ainsi que la fréquence et la procédure d'administration. L'information fournie englobe aussi des instructions sur ce qu'il faut faire si l'utilisateur saute une dose ou s'il ne prend pas ses médicaments en raison de vomissements.



- 7.1.55 Des lignes directrices organisationnelles sont suivies pour ce qui est des déversements de médicaments cytotoxiques.

**Conseils :**

Une trousse pour déversements de produits dangereux se trouve aux endroits habituels où les usagers reçoivent de la chimiothérapie. Cela comprend les endroits où la thérapie systémique est délivrée et administrée de même que les unités de soins et autres services qui travaillent habituellement auprès des usagers en chimiothérapie.



- 7.1.56 L'équipe se conforme aux lois et aux normes régissant la pratique pour l'administration de médicaments et de traitements systémiques, et pour la prestation de services de radiothérapie.

**Conseils :**

Les lois peuvent porter sur l'usage de narcotiques, d'appareils à rayonnement et de substances radioactives. Les normes régissant la pratique peuvent renvoyer aux normes établies par les ordres et collèges professionnels, par exemple ceux qui régissent les actes des pharmaciens, du personnel infirmier, des médecins, des technologistes médicaux et des physiciens médicaux.



- 7.1.57 Thérapie systémique en consultation externe seulement : Les usagers reçoivent des renseignements complets sur la perfusion à domicile et les signes de mauvais fonctionnement de l'administration.

**Conseils :**

Les renseignements portent notamment sur ce à quoi s'attendre, le fonctionnement et l'entretien de la pompe, tous les changements susceptibles de s'afficher, les signes de mauvais fonctionnement, ainsi que sur les circonstances dans lesquelles communiquer avec l'organisme, y retourner ou communiquer avec les services d'urgence.

Le degré de compréhension, d'alphabétisation et d'invalidité, ainsi que les capacités langagières et la culture de l'utilisateur sont pris en compte au moment de lui fournir de l'information.

Des mesures sont prises pour s'assurer que l'utilisateur et la famille comprennent bien l'information fournie, et les questions sont encouragées.



- 7.1.58 Thérapie systémique en consultation externe seulement : Tout le personnel de soins et services à domicile qui participera à la prestation de services au cours de la perfusion à domicile reçoit une formation fournie par l'équipe.

**Conseils :**

Toute la formation fournie au personnel de soins et services à domicile est consignée.



7.1.59 Thérapie systémique en consultation externe seulement : Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur les circonstances dans lesquelles ils doivent communiquer avec les services d'urgence.



7.1.60 Thérapie systémique en consultation externe seulement : Les usagers et les familles reçoivent des renseignements sur la prise en charge des soins auto-administrés.

**Conseils :**

Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leur état de santé et la façon d'améliorer leur santé en général. Les usagers reçoivent de l'information sur les médicaments, les fournitures et l'équipement, leur entreposage sécuritaire et les services d'aide, au besoin.



7.1.61 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.

**Conseils :**

Les demandes de services peuvent provenir des usagers, des familles, d'autres équipes ou d'organismes qui acheminent des usagers. Il peut y avoir différents processus pour répondre à une demande selon le demandeur et les services demandés.

Les demandes de services, le processus pour répondre à ces demandes et ce qu'on entend par « en temps opportun » varieront selon le type de service offert.

La capacité de répondre aux demandes est évaluée en fixant des délais de réponse aux demandes de services et en surveillant ces délais de même qu'en recueillant la rétroaction des usagers et des familles, des organismes qui acheminent des usagers ainsi que des autres équipes.



7.1.62 Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un usager potentiel, l'accès à un autre service est facilité.

**Conseils :**

Dans le cas où l'organisme ne peut répondre aux besoins d'un usager, les raisons sont expliquées et l'accès à d'autres services est facilité. L'information est consignée en vue d'être utilisée dans la planification des services.



7.1.63 Les usagers et les familles sont informés du membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leurs services et de la façon de joindre cette personne.

**Conseils :**

Le membre désigné peut être le membre de l'équipe collaborative qui est le plus régulièrement en contact avec l'utilisateur ou le principal prestataire responsable des soins.



7.1.64 Les données personnelles de l'utilisateur sont recueillies au moment de l'admission.



7.1.65 Les données sur l'état de santé et les antécédents médicaux de l'utilisateur sont recueillies pendant le processus d'admission afin de déterminer les services requis pour ce dernier.



7.1.66 En partenariat avec les usagers et les familles, 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.

**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'usager. Voici des exemples d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'usager, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'usager ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'usager, la reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'usager et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'usager ou la famille.

L'identification de l'usager est faite en partenariat avec l'usager et la famille en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les familles ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

#### Tests de conformité :

**7.1.66.1** Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.



7.1.67 Une évaluation des besoins de l'usager en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie est effectuée, s'il y a lieu, en partenariat avec l'usager et la famille.

#### Conseils :

La nécessité d'effectuer une évaluation des besoins en matière de soins palliatifs peut être exprimée par l'usager ou la famille ou être cernée par l'équipe. Les types de services qui pourraient être requis sont déterminés. La détermination rapide des besoins en matière de soins palliatifs permet aux usagers et aux familles de participer à la planification des soins et peut améliorer la qualité des soins et la satisfaction des familles tout au long du processus.

Dans un organisme ou un secteur de services qui n'offre pas de soins palliatifs ou de soins en fin de vie, l'évaluation permet de cerner la nécessité d'acheminer l'usager et la famille aux services appropriés.



7.1.68 Des critères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les services avec les usagers.

#### Conseils :

Les besoins des usagers potentiels sont évalués par rapport à la capacité de l'équipe de répondre à ces besoins.



7.1.69 Un processus permet de répondre aux demandes de traitements oncologiques d'urgence.

#### Conseils :

Il peut survenir des demandes de traitement d'urgence ou imprévues. Pour gérer au mieux ces situations, il existe un processus qui permet d'y répondre de manière à ce que la qualité et la sécurité des soins d'urgence ne soient pas compromises et que les rendez-vous déjà planifiés des usagers soient pris en considération.



7.1.70 Des partenariats sont formés avec des agences et des programmes locaux, régionaux, nationaux ou internationaux de traitement du cancer.

**Conseils :**

Selon l'endroit où sont offerts les services, l'organisme établit des partenariats avec les agences et organismes de traitement du cancer appropriés pour veiller à ce que les usagers et les familles reçoivent les soins les plus à jour et qu'ils aient accès à des ressources et des services centrés sur l'usager et la famille dans la communauté. Au palier régional ou national, cela peut comprendre de l'information sur les nouvelles technologies ou la recherche tandis qu'au palier local, cela peut comprendre l'établissement d'un partenariat avec des services communautaires qui sont conçus pour les usagers et les familles vivant avec le cancer (p. ex., groupes de soutien), de même que les organismes ou les services auxquels les usagers ont souvent recours (p. ex., services de transport, soins et services à domicile ou soutien à domicile).



- 7.1.71 L'équipe dispose de lignes directrices qu'elle suit pour les temps d'attente entre la demande de consultation et la consultation ainsi qu'entre l'état « prêt à traiter » et le début du traitement.

**Conseils :**

Les lignes directrices sur les temps d'attente portent généralement sur deux intervalles de temps : (1) le temps d'attente entre la demande de consultation et la consultation et (2) le temps d'attente entre l'état « prêt à traiter » et le début du traitement. L'équipe utilise des lignes directrices sur les temps d'attente appropriées à son organisme et à sa région.



- 7.1.72 Les temps d'attente prévus sont discutés avec les usagers.

**Conseils :**

Le fait de communiquer ouvertement avec les usagers et de leur fournir de l'information sur le traitement du cancer les aide à comprendre leur diagnostic et leur plan de soins, les encourage à poser des questions et à participer à leurs soins. Les délais de traitement sont communiqués aux usagers et comprennent la date à laquelle le traitement commencera, la durée de celui-ci et la date à laquelle il devrait prendre fin.



- 7.1.73 Les usagers et les familles ont accès au dépistage et au counseling génétiques, s'il y a lieu.

**Conseils :**

Le dépistage génétique des cancers héréditaires aide à identifier les personnes à risque et favorise le dépistage précoce du cancer. Le dépistage génétique et le counseling sont offerts par des professionnels en oncogénétique qui peuvent fournir de l'information précise découlant de l'évaluation des risques et fournir du soutien aux usagers qui ont une prédisposition au cancer.

Les organismes qui n'ont pas accès au dépistage et au counseling génétiques sur place aident les usagers à accéder à de tels services ailleurs.



- 7.1.74 Les usagers et les familles ont accès à du counseling en matière de fertilité et des services de préservation de la fertilité, s'il y a lieu.

**Conseils :**

L'équipe travaille de concert avec les usagers et les familles dont la fertilité peut être touchée par le traitement pour s'assurer qu'ils comprennent les risques que cela présente et qu'ils aient accès à des services de préservation de la fertilité, s'il y a lieu.



- 7.1.75 Un processus permet de veiller à ce que chaque usager puisse cheminer efficacement d'un service à un autre.

**Conseils :**

La nature des services de traitement du cancer est complexe. Le soutien offert par un intervenant pivot ou un pair aidant est lié à de meilleurs résultats chez les usagers grâce à une meilleure compréhension des plans de soins, à de meilleures stratégies d'adaptation et à une meilleure conformité au traitement.

Le recours à un processus établi permet de s'assurer que les usagers et les familles ont accès au soutien nécessaire pour passer d'un service à un autre à l'intérieur du système. Dans de nombreux cas, cela signifie qu'il faut faciliter l'accès à un intervenant pivot ou à un pair aidant. Le soutien offert par un intervenant pivot ou un pair aidant peut être initié à tout moment pendant l'expérience du cancer, à partir de l'obtention d'un résultat anormal pendant le dépistage, en passant par le traitement et la réadaptation, jusqu'à la mise sur pied d'un plan de soins de suivi pour les survivants ou la prestation de soins palliatifs.



- 7.1.76 La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les usagers en se présentant et en expliquant leur rôle, en demandant la permission avant d'effectuer une tâche, en expliquant ce qu'ils font, en parlant d'un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations ou en rassurant les usagers, en leur permettant de poser des questions ou d'émettre des commentaires, en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses ou leur style de vie, et en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.



- 7.1.77 Un processus permet de communiquer avec le prestataire de soins primaires ou celui qui achemine l'usager, en partenariat avec l'usager et la famille.

**Conseils :**

L'équipe de soins établit des liens avec le prestataire de soins primaires de l'usager ou le réseau de soutien en santé communautaire pour assurer la continuité des services. Les renseignements au sujet du diagnostic, du plan de soins, du pronostic et du plan de soins de suivi pour les survivants sont communiqués à des intervalles appropriés à l'équipe de soins primaires ou au prestataire qui achemine l'usager.



- 7.1.78 Les usagers et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins.

**Conseils :**

Le milieu encourage les usagers et les familles à prendre une part active dans leurs soins, à poser des questions et à émettre des commentaires à toutes les étapes du processus de soins.



- 7.1.79 La capacité de chaque usager de participer à ses soins est déterminée en partenariat avec l'usager et sa famille.

**Conseils :**

La capacité de participer à ses propres soins diffère pour chaque usager. À chaque étape du processus de soins, le membre approprié de l'équipe travaille avec l'usager, la famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'usager pour déterminer la quantité et le type d'information dont l'usager ou la famille a besoin pour participer à ses soins de façon significative. Cette information est également consignée dans le dossier de l'usager.



- 7.1.80 Les souhaits de l'usager quant à la participation de la famille à ses soins sont respectés.



**Conseils :**

L'équipe trouve des façons d'inclure des membres du réseau de soutien de l'utilisateur à ses soins.

Si une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur ou un membre de sa famille participe à la prise de décisions, les lois en vigueur sont respectées. Il existe un processus pour régler les conflits entre l'utilisateur et la famille concernant le niveau souhaité de participation.



- 7.1.81 Des renseignements précis et complets sont communiqués à l'utilisateur et à la famille en temps opportun tout en respectant le souhait de l'utilisateur de prendre part à la prise de décision.

**Conseils :**

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle à un choix éclairé et à une prise de décisions conjointe entre les usagers, les familles et l'équipe. Les renseignements sont transmis selon les besoins et intérêts de la personne et en fonction de son niveau de compréhension.

Les usagers et les familles sont mis au courant des risques et bienfaits des soins, des rôles et responsabilités de l'utilisateur dans la prestation des services, ainsi que des avantages, des limites et des résultats possibles des interventions ou services proposés, de la façon de se préparer aux tests et aux traitements, de la disponibilité de services de counseling et de groupes de soutien ainsi que de la façon de joindre les membres de l'équipe en cas d'urgence ou de situation de crise.

Divers niveaux et types de renseignements sont offerts à différentes étapes de la prestation des soins pour répondre aux besoins et aux souhaits de l'utilisateur quand cela est possible. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission (p. ex., les sujets graves exigent une approche plus structurée).



- 7.1.82 L'équipe s'assure que l'utilisateur et la famille comprennent bien l'information concernant les soins.

**Conseils :**

Au moment de fournir de l'information aux usagers et aux familles, le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, l'invalidité ainsi que la langue et la culture sont pris en compte.

Les processus utilisés pour vérifier que les usagers ont bien compris l'information sont, entre autres, les suivants : encourager les usagers à poser des questions et accorder du temps à cet effet; demander à l'utilisateur de répéter l'information fournie; s'assurer que la communication s'effectue dans la même langue que celle de l'utilisateur, tout en respectant sa culture, dans la mesure du possible; utiliser des supports visuels ou vidéo, dans la mesure du possible; et, établir un échange continu pendant lequel l'équipe confirme fréquemment que l'utilisateur a bien compris l'information fournie.



- 7.1.83 Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et à leurs familles.

**Conseils :**

Le matériel écrit est offert dans les langues parlées couramment au sein de la communauté, s'il y a lieu. Des services d'interprétation sont disponibles si les usagers ou les familles en ont besoin, dans la mesure du possible.



- 7.1.84 La capacité de l'utilisateur à fournir un consentement éclairé est évaluée.

**Conseils :**

L'évaluation de la capacité de l'utilisateur à fournir son consentement est un processus continu. Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre l'information pertinente à la prise de décisions, de prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et de comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier.

Les lois fédérales, provinciales et territoriales sont respectées en ce qui concerne le travail auprès des enfants et des jeunes. Dans les cas où les usagers sont des personnes âgées, des mineurs ou des personnes jugées incapables de donner un consentement, ceux-ci participent le plus possible aux décisions concernant leurs services, et l'équipe accorde de l'importance à leurs questions et à leurs commentaires.



- 7.1.85 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.

**Conseils :**

Le consentement éclairé consiste à examiner l'information sur les services avec l'utilisateur, sa famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur; à l'informer des possibilités qui s'offrent à lui et à lui laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de lui demander son consentement. Il consiste aussi à respecter les droits, la culture et les valeurs de l'utilisateur, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment, et à inscrire sa décision dans son dossier. Le processus de consentement est continu.

Il y a consentement tacite quand on offre des services pour lesquels il n'est pas nécessaire d'obtenir un consentement écrit, comme quand les usagers arrivent pour un rendez-vous ou un cours, qu'on vérifie leur tension artérielle, qu'ils présentent leur bras pour une prise de sang, qu'ils arrivent par le biais des services médicaux d'urgence ou quand leur vie est menacée ou que leur état est urgent et exige une réanimation immédiate.



- 7.1.86 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.

**Conseils :**

Une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur est consultée lorsqu'il est incapable de prendre une décision, et les directives préalables sont utilisées, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits de l'utilisateur. Dans ce cas, la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur reçoit de l'information sur ses rôles et ses responsabilités, et on lui donne l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de discuter des possibilités qui s'offrent à l'utilisateur. La personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur peut être désignée selon la loi ou peut être un défenseur des droits des usagers, un membre de la famille, un tuteur ou un aidant.

Si le consentement est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, son nom, son lien avec l'utilisateur, ainsi que la décision prise sont inscrits dans le dossier de l'utilisateur.

Lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes, le consentement éclairé est donné par l'enfant, le jeune, la famille ou le tuteur et inscrit au dossier avant la prestation des services. Le processus de consentement utilisé prévoit de les faire participer le plus possible à la prise de décisions à propos d'un service, d'une intervention ou d'un traitement, et d'accorder de l'importance à leurs opinions et à leurs questions.



- 7.1.87 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.

**Conseils :**

Il existe un processus structuré d'examen des questions d'éthique pour déterminer les cas où l'on peut faire participer un usager à une activité de recherche. Les activités de recherche peuvent comprendre des essais cliniques, l'évaluation de nouveaux protocoles ou de changements apportés à des protocoles existants. Les usagers et les familles participent à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche participatifs, le cas échéant (p. ex. à la collecte de données qualitatives pour des initiatives d'amélioration de la qualité).



7.1.88 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.

**Conseils :**

Les questions d'éthique sont soulevées quand des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être très graves, il peut s'agir de question de vie ou de mort ou de questions liées aux activités quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'usager de vivre à risque, le triage des membres de la communauté durant une situation d'urgence, les demandes de retrait de certains services spécifiques ou la fin des services, dont les services de soutien et de maintien artificiel de la vie, et les soins en fin de vie, en sont des exemples.

Le cadre d'éthique de l'organisme est utilisé pour gérer et régler les questions d'éthique. Elles peuvent être prises en charge par un comité d'éthique ou une équipe de consultation qui peut comprendre des professionnels de la santé, des membres du clergé ou des éthiciens. En plus d'offrir des consultations cliniques, le comité d'éthique peut prendre part à l'examen des politiques et à la sensibilisation à l'éthique.

Les questions d'éthique liées à des usagers précis sont consignées au dossier des usagers concernés.



7.1.89 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.

**Conseils :**

Les droits des usagers et des familles comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment l'information sur l'usager sera utilisée, le droit d'avoir accès à leur dossier et à l'information qui les concerne, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles ainsi que le droit de prendre des risques et de ne subir aucun mauvais traitement, aucune exploitation et aucune discrimination.

Les droits des usagers et des familles en matière de prestation de services englobent le droit de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation d'un service; de prendre part à tous les aspects d'un service et de faire des choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation du service; de remettre en question une décision relative au plan d'intervention interdisciplinaire ou de déposer une plainte; de participer ou de refuser de participer à une recherche ou à des essais cliniques; de recevoir des services sûrs et offerts par des personnes compétentes; et, de faire part de ses inquiétudes quant à la qualité d'un service.

Les responsabilités de l'usager et de la famille comprennent le fait de traiter les autres avec respect, de fournir de l'information exacte, de signaler les risques pour la sécurité et de se conformer aux règles et aux règlements.

L'information est fournie à l'accueil ou à l'admission. Elle est adaptée aux divers besoins comme la langue, la culture, le niveau de scolarité, le style de vie et les déficiences physiques ou mentales. Si l'information ne peut être fournie à l'usager et à la famille à l'accueil, celle-ci est offerte par la suite dans les meilleurs délais.



7.1.90 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.



7.1.91 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Un milieu où les usagers, les familles et les membres de l'équipe sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes est favorisé. L'organisme fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les familles peuvent obtenir des conseils ou une consultation. En cas d'utilisation de dossiers de santé électroniques, il existe un processus pour recevoir les plaintes et les questions des usagers au sujet de la confidentialité des dossiers électroniques, et pour y donner suite.

Les allégations présentées par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi réglées.



7.1.92 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent :

- les antécédents médicaux;
- les allergies;
- le profil pharmaceutique;
- l'état de santé;
- l'état nutritionnel;
- les besoins en matière de soins palliatifs;
- les besoins alimentaires.

Les éléments relatifs à la santé psychosociale comprennent :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et des aidants naturels;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que 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 socio-économique;
- les croyances et les besoins d'ordre culturel et spirituel.



7.1.93 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Le processus d'évaluation est aussi simplifié que possible, afin que les usagers n'aient pas à répéter l'information aux nombreux prestataires ou membres de l'équipe. S'il y a lieu, une évaluation interdisciplinaire ou collaborative peut être effectuée avec l'utilisateur, la famille et les membres appropriés de l'équipe.



- 7.1.94 Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis à l'utilisateur sont déterminés en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences de l'utilisateur comme défini dans son évaluation sont utilisés pour élaborer les objectifs des services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières de l'utilisateur, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres organismes qui offrent des services à l'utilisateur.



- 7.1.95 Les préférences de l'utilisateur et les options relatives aux services sont discutées dans le cadre de l'évaluation, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, de même que les différentes options possibles pour ses soins et services sont discutés avec l'utilisateur et la famille. L'équipe et l'utilisateur s'engagent dans une prise de décisions conjointe qui tient compte des préférences de l'utilisateur, des résultats attendus et des risques et bienfaits liés aux options.

Par exemple, diverses stratégies de gestion de la douleur peuvent faire l'objet de discussions, comme les analgésiques, ce qui comprend les opioïdes et les adjuvants, de même que les interventions d'ordre physique, comportemental et psychosocial, et l'utilisateur peut choisir l'option qu'il préfère.

Les possibilités d'auto-soins, la vie privée, les visiteurs, les traitements, les tests et les soins personnels comme ceux liés au sommeil, au bain et à l'alimentation comptent parmi les autres préférences discutées.



- 7.1.96 Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.



- 7.1.97 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.

**Conseils :**

Le plan d'intervention interdisciplinaire repose sur les résultats de l'évaluation de même que sur les objectifs et les résultats attendus des services. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des autres membres de l'équipe, d'autres organismes, ainsi que des usagers et des familles. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents de l'utilisateur, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments, y compris les problèmes ou les réactions indésirables liés aux médicaments.

Le plan comprend le lieu de prestation et la fréquence des services, les délais avant le début des services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des services, la façon dont sera évaluée l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.



- 7.1.98 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

**Conseils :**

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider l'équipe à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils d'évaluation normalisés comporte des avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont une meilleure efficacité, une collecte de renseignements d'une plus grande

exactitude, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

Les outils d'évaluation normalisés utilisés varieront selon les besoins de l'utilisateur et selon le type et la gamme de services fournis. Les outils d'évaluation normalisés utilisés sont éclairés par des données probantes et utiles pour les services fournis.



- 7.1.99 Soins en consultation externe seulement : Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.

#### Conseils :

Les soins ambulatoires englobent une vaste gamme de services qui sont offerts à de nombreuses populations d'usagers. Par conséquent, il est important de se concentrer sur l'établissement du bilan comparatif des médicaments des usagers pour lesquels la gestion des médicaments est une composante majeure des soins. Les organismes devraient déterminer et consigner quelles cliniques de soins ambulatoires doivent répondre aux exigences liées au bilan comparatif des médicaments, en gardant en tête que le jugement clinique devrait toujours être pris en considération dans la gestion des médicaments des usagers.

Le bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) qui comprend la liste de tous les médicaments (notamment les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments) que l'utilisateur prend. Le MSTP précise également le mode d'administration, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la concentration, s'il y a lieu. Pour produire le MSTP, il faut poser des questions à l'utilisateur, à la famille ou au soignant et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical antérieur de l'utilisateur ou un pharmacien communautaire. Une fois produit, le MSTP est un outil de référence important pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.

Les listes de médicaments recueillies sont comparées et lorsque des divergences sont décelées, elles sont résolues par le prescripteur principal, pouvant provenir de l'équipe ou d'ailleurs. Le prescripteur indique les médicaments qu'il faudrait continuer de prendre, arrêter de prendre, ou changer et les raisons de le faire.

Les usagers devraient être considérés comme des partenaires actifs dans la gestion de leurs médicaments et ils devraient recevoir les renseignements sur les médicaments qu'ils devraient prendre dans un format et un langage qu'ils peuvent comprendre. Les usagers devraient être encouragés à conserver une liste de médicaments à jour et à en faire part à leurs prestataires de soins.

#### Tests de conformité :

- 7.1.99.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.
- 7.1.99.2 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.
- 7.1.99.3 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.

7.1.99.4 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.

7.1.99.5 Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre.



7.1.100 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en œuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.

#### Conseils :

Les usagers admis à l'hôpital présentent un risque accru de faire une chute et de se blesser, puisqu'ils se retrouvent dans un milieu qui ne leur est pas familier en plus de devoir s'adapter à un changement au niveau de leur fonctionnement physique ou cognitif (Stephenson et coll., 2016). La réduction des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les usagers et réduire la durée de l'hospitalisation et les coûts.

Pour être efficaces, la prévention des chutes et la réduction des blessures exigent une approche interdisciplinaire et le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre en œuvre une approche coordonnée de prévention des chutes et de réduction des blessures dans l'organisme, tout en reconnaissant les besoins uniques dans les différents services. Il est aussi utile de désigner des personnes pour faciliter la mise en place de cette approche.

Les organismes devraient déterminer et adopter des précautions pour tous les usagers, peu importe les risques de chutes. L'acronyme SAFE (sécurité des lieux, assistance à la mobilité, facteurs de risque réduits et enseignement au client et à sa famille) décrit les quatre stratégies clés des précautions universelles de prévention des chutes. La directive de l'Institute for Clinical Systems Improvement (2012) recommande pour sa part les interventions universelles suivantes : familiariser l'utilisateur avec le milieu; placer les boutons d'appel à un endroit atteignable en tout temps et observer la façon dont les usagers les utilisent; garder les biens personnels à portée des usagers; installer des rampes solides dans les salles de bain, les chambres et les couloirs; garder les lits à faible hauteur et bloquer les freins; fournir des chaussures antidérapantes bien ajustées aux usagers; utiliser des veilleuses ou un éclairage d'appoint; garder le sol propre et sec; nettoyer rapidement tous les liquides renversés; garder en ordre les aires où les soins sont dispensés. Il est important d'établir des précautions qui correspondent au milieu clinique et aux besoins des usagers de ce milieu.

De la formation sur l'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures, sur les précautions universelles et sur les stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures est régulièrement offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles. De l'information facile à comprendre est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour leur donner les moyens d'assumer un rôle actif dans la prévention des chutes et la réduction des blessures.

Il est important d'évaluer régulièrement si les activités de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes ont ou non les répercussions escomptées et si elles répondent aux besoins des usagers, familles et membres de l'équipe. Divers moyens permettent d'évaluer l'efficacité, qu'il s'agisse de discussions spontanées, d'entrevues, de sondages ou de vérifications. Des initiatives d'évaluation de l'amélioration de la qualité et des réunions de bilan après les chutes peuvent aussi contribuer à cerner les lacunes en matière de sécurité, à éviter que les chutes se produisent à nouveau ou à réduire les blessures causées par les chutes.

**Tests de conformité :**

- 7.1.100.1 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les blessures causées par les chutes.
- 7.1.100.2 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.
- 7.1.100.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.



- 7.1.101 Durant l'évaluation et le diagnostic initiaux, un processus normalisé est suivi pour déterminer le stade du cancer de l'utilisateur.

**Conseils :**

Le système de classification des tumeurs TNM est utilisé pour l'établissement du diagnostic et du pronostic et la planification des soins. Le T correspond à la taille de la tumeur, le N au nombre de nodules présents et le M à la présence de métastases.

Les membres de l'équipe sont formés pour pouvoir consigner, interpréter et comprendre la classification TNM. Les méthodes ou les protocoles d'évaluation du stade sont suivis, et la classification TNM est consignée au dossier de l'utilisateur.

La précision de la stadification du cancer fait l'objet d'un suivi constant, et des améliorations sont apportées, s'il y a lieu.



- 7.1.102 Chaque usager est évalué pour déterminer s'il a déjà reçu des traitements contre le cancer, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

La récurrence du cancer et les traitements antécédents ont une incidence sur les plans de traitement. Au moment de recommander un plan de traitement, il est important de prendre en considération le type de cancer, qu'il s'agisse d'une récurrence du cancer ou d'un autre cancer, le siège et la taille de celui-ci, de même que de l'état de santé général de l'utilisateur. Il faut aussi tenir compte du type de traitement que l'utilisateur a déjà reçu, de sa réaction au traitement, de son expérience par rapport à des traitements antérieurs et du délai qui s'est écoulé depuis la fin des traitements.



- 7.1.103 Chaque usager est évalué pour déterminer s'il y a des contre-indications au traitement, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les usagers sont évalués pour déterminer s'il y a des contre-indications possibles au traitement, y compris une grossesse, la présence d'appareils implantables, une maladie pulmonaire, la tuberculose, la myocardiopathie, la toxicité du traitement ou une radiothérapie antérieure exécutée sur la même partie du corps.



- 7.1.104 Le plan de traitement de l'utilisateur comprend des stratégies éclairées par des données probantes afin de prévenir, d'évaluer et de prendre en charge les symptômes propres au traitement que l'utilisateur reçoit.

**Conseils :**

L'équipe tient compte de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge des symptômes physiques et psychosociaux, ainsi que des symptômes qui ne sont pas



nécessairement liés au traitement contre le cancer. L'équipe travaille avec l'utilisateur afin de favoriser un milieu dans lequel l'utilisateur n'hésite pas à signaler ses symptômes.

L'équipe consulte des experts et utilise la recherche, les données probantes et les outils ayant fait l'objet d'une validation pour prévenir, évaluer et prendre en charge les symptômes.



- 7.1.105 Le plan de traitement comprend des stratégies pour soulager la douleur.

**Conseils :**

Pour soulager la douleur, on peut notamment avoir recours à des analgésiques, y compris à des opioïdes, pouvant être combinés à des traitements adjuvants, du counseling comportemental et des consultations psychologiques ou physiques, ainsi qu'à des stratégies d'intervention telles que la radiothérapie palliative. L'équipe consulte des experts et se sert des recherches et des données probantes afin de connaître les meilleures méthodes de soulagement de la douleur et d'autres symptômes.



- 7.1.106 L'équipe discute avec chaque usager et sa famille concernant le plan de traitement médical, les effets secondaires possibles et ce à quoi s'attendre pendant le traitement.

**Conseils :**

Les renseignements fournis portent sur le processus et l'objectif de la thérapie, les attentes, les effets secondaires, les fluctuations du niveau d'énergie, les besoins nutritionnels, les changements physiques, les effets d'ordre émotionnel, les répercussions sur la vie quotidienne, les changements sur le plan de la santé ou du fonctionnement sexuel et l'incidence sur les activités routinières. Des ressources éclairées par des données probantes concernant l'utilisation de médicaments ou de thérapies complémentaires au cours du traitement peuvent aussi être fournies.

Les usagers et les familles sont encouragés à poser des questions aux membres de l'équipe en tout temps.



- 7.1.107 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.



- 7.1.108 L'état de santé psychosociale de chaque usager est surveillé tout au long de la prestation de soins.

**Conseils :**

L'état de santé psychosociale est surveillé, car les troubles émotionnels sont courants parmi les usagers qui vivent avec un cancer. Les troubles émotionnels découlent de la douleur, de la fatigue, des répercussions du traitement sur la vie quotidienne (p. ex., le soin des enfants, les préoccupations financières, l'emploi et la vie sociale), les préoccupations sur le plan de la nutrition, et les autres symptômes physiques.

Il faut régulièrement tenter de relever les signes de troubles émotionnels chez tous les usagers au moment du diagnostic, à des points critiques du traitement du cancer et à des points de transition vers des soins spécifiques (p. ex., dans le cas de maladies récidivantes, après le traitement et en marge des soins palliatifs et de fin de vie). Le dépistage des troubles émotionnels contribue à cerner les indicateurs clés qui pourraient justifier une évaluation plus poussée et un aiguillage plus approprié.

Pour évaluer l'état de santé psychosociale ou détecter la présence de troubles émotionnels, des mesures normalisées qui sont à la fois brèves et simples et qui présentent de bonnes propriétés psychométriques doivent être utilisées. Les outils d'évaluation sont souvent combinés de sorte que les problèmes d'ordre psychosocial, physique et pratique soient décelés conjointement de façon systématique. L'information est souvent surveillée au moyen d'outils qui permettent de recueillir les résultats rapportés par les usagers.



- 7.1.109 Les usagers et leur famille reçoivent de l'information sur les moyens de prévenir, de reconnaître et de gérer les effets secondaires associés au traitement du cancer.

**Conseils :**

De l'information écrite, verbale ou électronique est offerte au sujet des effets secondaires du traitement du cancer et des circonstances dans lesquelles l'utilisateur devrait communiquer avec un professionnel de la santé et avoir recours aux services d'urgence. Les usagers et leur famille reçoivent les coordonnées des personnes à joindre pendant et après les heures normales d'ouverture des services.



- 7.1.110 Les usagers reçoivent de l'information sur l'entretien des dispositifs d'accès vasculaire et des sites de perfusion.

**Conseils :**

Des renseignements sur les différents sites de perfusion et sur les dispositifs d'accès sont fournis. Ces renseignements devraient porter sur les signes d'infection, la thrombose, ainsi que les circonstances dans lesquelles les usagers devraient communiquer avec un professionnel de la santé ou recourir aux services d'urgence.



- 7.1.111 Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.

**Conseils :**

Le dossier de l'utilisateur, qui réunit toute l'information à un seul endroit, est accessible à l'équipe qui offre les soins, y compris aux usagers.



- 7.1.112 L'état de santé de l'utilisateur est réévalué en partenariat avec l'utilisateur, et des mises à jour sont consignées dans son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état de santé.

**Conseils :**

Le fait de ne pas signaler un changement dans l'état de l'utilisateur ou de tarder à le faire, en particulier lorsqu'il y a une détérioration de son état, constitue un obstacle important à la prestation de soins et de services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans l'état de santé de l'utilisateur est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.



- 7.1.113 Les progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'utilisateur, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.

**Conseils :**

La consignation des progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et, elle inclut l'utilisateur et sa famille. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés, la discussion avec les usagers et les familles et l'observation.



- 7.1.114 Les risques de récurrence du cancer et de reprise du traitement sont pris en considération pour chaque usager et ils sont discutés avec celui-ci.



- 7.1.115 Un processus permet l'échange d'information entre les organismes lorsque les usagers reçoivent des soins dans plus d'un organisme.

**Conseils :**

En raison de la complexité des traitements contre le cancer et de la disponibilité des services, il se peut que les usagers reçoivent des soins dans plus d'un organisme. Dans de tels cas, l'efficacité des communications et de l'échange d'information joue un rôle essentiel dans les soins que l'utilisateur recevra et l'expérience qu'il vivra.



- 7.1.116 Les usagers et les familles ont accès à des services psychosociaux et de soutien.

**Conseils :**

Le soutien émotionnel et le counseling peuvent aider les usagers et les familles à composer avec les besoins et les problèmes en matière de santé. Le soutien peut viser à aider les usagers à composer avec un diagnostic, avec la prise de décisions ou avec les effets secondaires; il peut également être axé sur des questions d'éthique précises comme les directives préalables.



- 7.1.117 Les besoins bucco-dentaires de chaque usager sont satisfaits, s'il y a lieu.

**Conseils :**

Les usagers qui vivent avec un cancer ont des taux plus élevés de complications bucco-dentaires en raison des traitements contre le cancer qu'ils reçoivent, tels que la chimiothérapie, la radiothérapie et la thérapie immunosuppressive. Les problèmes d'hygiène dentaire peuvent affecter les résultats des traitements et mener à des complications bucco-orales qui ont une influence sur la santé et le bien-être de l'utilisateur.

La santé bucco-dentaire de chaque usager est évaluée avant le début de la planification du traitement. Les usagers reçoivent de l'information au sujet de la façon de voir à leur hygiène dentaire pendant le traitement. Les usagers qui ont besoin de soins dentaires plus complexes, avant le début des traitements oncologiques ou pendant ceux-ci, reçoivent de l'information au sujet de la façon d'accéder à de tels services.



- 7.1.118 Il existe un processus pour entreprendre les soins palliatifs et les soins en fin de vie, au besoin.

**Conseils :**

Les services sont entrepris par l'équipe, l'utilisateur ou la famille et tiennent compte de l'évaluation des résultats. La participation aux soins palliatifs et aux soins en fin de vie diffère selon les services que l'équipe offre et selon les usagers desservis. Si l'équipe n'offre pas de soins palliatifs et en fin de vie, les usagers sont acheminés vers les services appropriés.



- 7.1.119 Les soins sont coordonnés pour les usagers qui reçoivent de multiples services ou traitements en vue d'offrir des services sécuritaires et centrés sur l'utilisateur.

**Conseils :**

Les usagers qui reçoivent un traitement contre le cancer reçoivent souvent de multiples thérapies et ont recours à de multiples services dans un organisme (p. ex., services de thérapies systémiques, services de radiothérapie, services chirurgicaux, soins palliatifs, services d'imagerie, services de santé mentale et soutien nutritionnel). Les soins sont coordonnés pour assurer la sécurité des usagers et veiller à ce qu'ils accèdent aux services de la façon la plus efficace et efficace possible pour l'utilisateur et les équipes qui offrent les services.

Chaque usager qui reçoit des traitements ou services multiples est rattaché à un médecin coordonnateur ou au médecin le plus responsable. La communication entre les équipes est cruciale et peut avoir lieu sous forme verbale, écrite ou au moyen de systèmes électroniques. Les équipes travaillent ensemble pour faire en sorte que le processus de

traitement soit aussi centré sur l'usage et la famille que possible, et elles coordonnent les rendez-vous et les traitements pour atténuer les répercussions sur l'utilisateur et la famille.



- 7.1.120 Une politique est suivie pour cerner l'information critique sur l'utilisateur et veiller à ce que les membres de l'équipe qui offrent des services y aient toujours accès.

**Conseils :**

Par information critique, on entend celle dont les autres équipes ont besoin et qui pourrait nuire à l'utilisateur si elle n'est pas communiquée (p. ex., allergies, ordonnance de ne pas réanimer, directives préalables, problèmes liés à une infection). Cette information doit être mise à la disposition de toutes les équipes qui offrent des services à l'utilisateur. L'équipe travaille en partenariat avec l'utilisateur pour veiller à ce qu'il ait l'information dont tous les prestataires de soins ont besoin lorsqu'il chemine d'un service à un autre.



- 7.1.121 Lorsque des membres de l'équipe doivent effectuer des tâches critiques qui exigent de la concentration, les distractions environnantes sont réduites.

**Conseils :**

Les aires de travail et les processus sont conçus de manière à réduire les distractions. Les tâches critiques qui exigent de la concentration sont, par exemple, lorsqu'un membre de l'équipe doit commander, vérifier et administrer des médicaments ou des traitements systémiques, marquer les sites à traiter et les organes à risque, planifier un traitement ou effectuer un traitement de radiothérapie.



- 7.1.122 Une évaluation des effets secondaires et de la toxicité est effectuée pour chaque utilisateur pendant le traitement.

**Conseils :**

Les symptômes de toxicité peuvent commencer une heure ou deux après que l'utilisateur ait reçu le traitement et durer pendant plusieurs mois dans certains cas.



- 7.1.123 Les services pertinents de suivi pour l'utilisateur, le cas échéant, sont coordonnés en collaboration avec l'utilisateur, la famille, d'autres équipes et organismes.

**Conseils :**

La responsabilité entourant les soins se poursuit jusqu'à ce que le service ait pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre organisme.

Les services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extra-hospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile à l'utilisateur contribue à ce que ce dernier reçoive les services les plus appropriés à l'endroit le plus adéquat, et réduit au minimum les transferts inutiles et les solutions temporaires.

Pour veiller à ce que les utilisateurs reçoivent des soins continus et ininterrompus, le placement et le suivi comprennent un processus pour les cas où la transition ne se passe pas comme prévu.



- 7.1.124 La responsabilité quant aux soins de suivi est déterminée en partenariat avec l'utilisateur, sa famille et le prestataire de soins primaires.

**Conseils :**

Lorsque l'utilisateur chemine d'un service à un autre, il est important d'établir clairement qui est responsable d'assurer la surveillance de l'utilisateur, l'obtention d'autres tests de dépistage du cancer et la prise en charge des soins de santé préventifs.



- 7.1.125 Le souhait de l'utilisateur de mettre fin aux services ou de les limiter, d'être transféré à un autre service ou de retourner à la maison est respecté.

**Conseils :**

La prise de décisions conjointe au sujet de la transition de l'utilisateur a lieu en consultation avec la famille ou la personne chargée de prendre les décisions au nom de l'utilisateur, au besoin, et tient compte de la capacité de l'utilisateur de prendre des décisions. Les risques de la transition sont discutés avec l'utilisateur et la famille, de même que les services extra-hospitaliers auxquels ils auront accès après la transition.

Un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour travailler avec les usagers qui ont choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Si l'utilisateur souhaite continuer d'obtenir des services qui vont à l'encontre de la recommandation de l'équipe ou qui vont au-delà de la capacité de l'organisme, un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour assurer un résultat juste et équitable pour l'utilisateur et l'organisme.



- 7.1.126 Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition de l'utilisateur, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.

**Conseils :**

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible dans le cadre du processus de soins. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour l'utilisateur sont déterminés. Certains facteurs ont une influence sur la capacité de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisme.



- 7.1.127 Les usagers sont responsabilisés de manière à gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.

**Conseils :**

L'enseignement qui favorise la responsabilisation et aide les usagers à gérer eux-mêmes une maladie chronique peut comprendre la planification de mesures, l'imitation de comportement, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation, les techniques de gestion des symptômes, des facteurs de risque, de la fatigue et du sommeil, l'utilisation des médicaments, la gestion des émotions, les changements sur le plan de la cognition et de la mémoire, la formation en communication avec des professionnels de la santé et d'autres personnes, ainsi que la résolution de problèmes et la prise de décisions liées à des questions de santé.

Des outils et des ressources sont offerts aux usagers pour les aider à gérer eux-mêmes leur état de santé. Ils sont adaptés aux besoins de chaque usager. Par exemple, les outils peuvent être modifiés en fonction de leur degré de compréhension, de leur niveau d'alphabétisation, de leur invalidité, ainsi que de leur langue et de leur culture.



- 7.1.128 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan d'intervention interdisciplinaire que ce soit vers la maison, une autre équipe, un autre niveau de soins ou qu'il s'agisse de la fin des services, améliore la coordination entre les équipes et les organismes partenaires et aide à préparer l'utilisateur pour la fin des services. La

participation de l'utilisateur à la planification de la fin des services assure que l'utilisateur et la famille sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition de l'utilisateur, de même que ses besoins et préférences après les soins font partie du plan d'intervention interdisciplinaire. La discussion peut comprendre le suivi après les soins, la capacité relative à l'auto-administration des soins, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



7.1.129 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

#### Conseils :

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication (comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins posthospitaliers, la lecture et la reformulation) favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente et des outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisme. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisme. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les familles de répéter l'information. Les usagers et les familles ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

#### Tests de conformité :

- 7.1.129.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 7.1.129.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 7.1.129.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 7.1.129.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 7.1.129.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:
  - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
  - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;

- évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).



- 7.1.130 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

À intervalles réguliers, un échantillon d'usagers, de familles ou d'organismes vers lesquels ils ont été acheminés est contacté pour déterminer l'efficacité de la transition ou de la fin des services, connaître l'opinion et les préoccupations des usagers après la transition et vérifier si les plans de suivi sont respectés. L'évaluation des transitions représente une occasion de vérifier que les besoins de l'utilisateur et de la famille ont été satisfaits et que leurs préoccupations ou leurs questions ont été abordées.

La rétroaction des usagers et l'ensemble des résultats de l'évaluation sont partagés avec le personnel d'encadrement et le conseil d'administration de l'organisme, et l'information est utilisée pour améliorer les transitions.



- 7.1.131 Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.

**Conseils :**

S'il a été décidé qu'un suivi est nécessaire, le type et la méthode de suivi qui conviennent sont déterminés. Cela comprend les responsabilités de l'équipe, par exemple, le suivi des tests, l'acheminement de l'utilisateur vers un organisme partenaire, l'établissement d'un calendrier pour les communications de suivi avec l'utilisateur ou pour lui rappeler un rendez-vous. Cela comprend aussi les responsabilités de l'utilisateur, comme assurer un suivi avec les autres prestataires de soins (p. ex. soins primaires ou centre de santé communautaire), signaler une aggravation ou un changement des symptômes et prendre les médicaments selon les ordonnances.



- 7.1.132 Il existe une politique concernant la conservation des dossiers sur les traitements du cancer.

**Conseils :**

Les dossiers sur les traitements du cancer sont conservés pour que les plans de traitement puissent être communiqués à d'autres organismes ou spécialistes en oncologie si un utilisateur a besoin d'un traitement de nouveau.



- 7.1.133 Les résultats déclarés par les usagers sont recueillis et examinés dans le cadre de projets d'amélioration de la qualité des programmes de traitement du cancer.



- 7.1.134 Des données sont recueillies sur le contrôle de la maladie et la survie.

**Conseils :**

L'équipe effectue des vérifications périodiques des résultats cliniques pertinents tels que le contrôle de la maladie et la survie. Les données relatives au contrôle de la maladie et à la survie sont recueillies pour les utilisateurs qui reçoivent un traitement curatif.



- 7.1.135 Les données découlant des indicateurs sont comparées aux analyses comparatives disponibles.

**Conseils :**

Le programme de traitement du cancer compare les données découlant de ses indicateurs aux analyses comparatives nationales ou régionales pour déterminer où il se situe par rapport aux données cliniques et aux résultats pour les usagers pertinents.



- 7.1.136 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.

**Conseils :**

La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions prévues, les consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.

L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).

L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires (services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.

**Tests de conformité :**

- 7.1.136.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- 7.1.136.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 7.1.136.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.



- 7.1.136.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 7.1.136.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 7.1.136.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 7.1.136.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 7.1.136.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

## 7.2 Prévention et contrôle des infections - Services d'oncologie

- 7.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

### Conseils :

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.



**Tests de conformité :**

- 7.2.1.1** La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :
- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
  - mesurer l'utilisation d'un produit;
  - inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
  - évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).
- 7.2.1.2** Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
- 7.2.1.3** Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.



- 7.2.2 La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

**Conseils :**

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes d'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit:

- avant le contact initial avec l'usager ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

**Tests de conformité :**

- 7.2.2.1** Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



- 7.2.3 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

**Conseils :**

Les usagers, les familles et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de

l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres.



- 7.2.4 Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.

**Conseils :**

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.



- 7.2.5 Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.



- 7.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.

**Conseils :**

Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.



- 7.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

**Conseils :**










Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).



- 7.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.

**Conseils :**

Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

- 7.2.9  Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.
- Conseils :**
- Par exemple, l'organisme peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.
- 7.2.10   De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.
- Conseils :**
- Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.
- 7.2.11   Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.
- Conseils :**
- Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.
- 7.3 Gestion des médicaments - Services d'oncologie**
- 7.3.1   L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.
- Conseils :**
- Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.
- 7.3.2   L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).



- 7.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.



- 7.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.

**Conseils :**

Par exemple, l'utilisateur peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.



- 7.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.



- 7.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.



- 7.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.

**Conseils :**

Les critères de sélection englobent la capacité de l'utilisateur à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.



- 7.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.

**Conseils :**

Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'utilisateur dans un tiroir verrouillé.



- 7.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.



- 7.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.

**Conseils :**

Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.



7.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'utilisateur avant son administration.



7.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.

**Conseils :**

La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'utilisateur ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.



7.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'utilisateur l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.

**Conseils :**

Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'utilisateur a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.



7.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.

**Conseils :**

Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'utilisateur. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.



7.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque utilisateur sont surveillés et consignés.

**Conseils :**

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des utilisateurs et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments.



7.3.16 Chaque utilisateur est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments.



7.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des utilisateurs afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

**Conseils :**

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



7.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux utilisateurs et aux familles les incidents liés à la sécurité des utilisateurs sont respectées.

## 7.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services d'oncologie



7.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

### Conseils :

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.



7.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

### Conseils :

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.



7.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

## Chapitre 8 : Services de soins palliatifs et de fin de vie

Les soins palliatifs et de fin de vie font partie d'une offre diversifiée incluant des soins à domicile et dans des maisons de soins palliatifs. Ces soins sont guidés par une approche visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes et de leurs familles vivant une situation associée à une maladie avec pronostic réservé, à travers la prévention, le soulagement de la souffrance et par l'entremise de l'identification précoce, l'évaluation adéquate et le traitement de la douleur et des problèmes physiques, psychologiques et spirituels associés. Selon la Loi concernant les soins de fin de vie, ces soins comprennent les « soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie [y compris la sédation palliative continue] et l'aide médicale à mourir ». <sup>10 11</sup>

### 8.1 Épisode de soins - Services de soins palliatifs et de fin de vie



- 8.1.1 Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un usager potentiel, l'accès à un autre service est facilité.

#### Conseils :

Dans le cas où l'organisme ne peut répondre aux besoins d'un usager, les raisons sont expliquées et l'accès à d'autres services est facilité. L'information est consignée en vue d'être utilisée dans la planification des services.



- 8.1.2 Les usagers et les familles sont informés du membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leurs services et de la façon de joindre cette personne.

#### Conseils :

Le membre désigné peut être le membre de l'équipe collaborative qui est le plus régulièrement en contact avec l'usager ou le principal prestataire responsable des soins.



- 8.1.3 Dans les cas où l'accès aux services palliatifs et de fin de vie est coordonné par un point d'accès unique, un processus permet d'établir des liens avec ce dernier pour répondre adéquatement aux demandes de services.



- 8.1.4 Il existe un processus pour déterminer quand des membres de l'équipe non réglementés peuvent pratiquer et comment ils assurent le maintien de leurs compétences.

#### Conseils :

Les membres de l'équipe non réglementés peuvent inclure des art-thérapeutes ou des musicothérapeutes, des préposés aux services de soutien à la personne ou des praticiens Reiki.



- 8.1.5 Les membres de l'équipe, les aidants naturels et les bénévoles sont soutenus pour faire face à la mort, au deuil et aux décès successifs d'usagers.

#### Conseils :

Le soutien offert par l'organisme permet aux membres de l'équipe et aux bénévoles d'acquérir des mécanismes efficaces d'adaptation, de faire face au décès des usagers

<sup>10</sup> MSSS (2015) Soins palliatifs et de fin de vie. Plan de développement 2015-2020  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-828-01W.pdf>

<sup>11</sup> Worldwide Palliative Care Alliance et World Health Organization, 2014, p. 5 et 7, tel que mentionné dans MSSS (2015) Soins palliatifs et de fin de vie. Plan de développement 2015-2020  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-828-01W.pdf>



et de reconnaître les répercussions de la perte des usagers sur le plan personnel. Les membres de l'équipe et les bénévoles sont encouragés à assister aux activités entourant le deuil (p. ex., les services commémoratifs) et ils reçoivent une formation à ce sujet. Le soutien offert par l'organisme comprend un processus proactif d'accès à des services psychosociaux et de counseling aux personnes en deuil, tout en respectant le personnel et les bénévoles dans leur façon de gérer leur peine.



- 8.1.6 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.

**Conseils :**

Les demandes de services peuvent provenir des usagers, des familles, d'autres équipes ou d'organismes qui acheminent des usagers. Il peut y avoir différents processus pour répondre à une demande selon le demandeur et les services demandés.

Les demandes de services, le processus pour répondre à ces demandes et ce qu'on entend par « en temps opportun » varieront selon le type de service offert.

La capacité de répondre aux demandes est évaluée en fixant des délais de réponse aux demandes de services et en surveillant ces délais de même qu'en recueillant la rétroaction des usagers et des familles, des organismes qui acheminent des usagers ainsi que des autres équipes.



- 8.1.7 Les données personnelles de l'utilisateur sont recueillies au moment de l'admission.



- 8.1.8 Les données sur l'état de santé et les antécédents médicaux de l'utilisateur sont recueillies pendant le processus d'admission afin de déterminer les services requis pour ce dernier.



- 8.1.9 En partenariat avec les usagers et les familles, 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.

**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, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'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 famille.

L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec l'utilisateur et la famille en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les familles ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

**Tests de conformité :**

**8.1.9.1** 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 familles.



8.1.10 Des critères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les services avec les usagers.

**Conseils :**

Les besoins des usagers potentiels sont évalués par rapport à la capacité de l'équipe de répondre à ces besoins.



8.1.11 Les usagers actuels et potentiels et leurs familles peuvent en tout temps accéder à des services de soins palliatifs ou à des services essentiels.

**Conseils :**

Les services essentiels sont définis en fonction du type de services fournis et des besoins des usagers. Les services essentiels peuvent comprendre le soutien psychologique ou psychiatrique, les traitements d'urgence, les interventions destinées aux familles, la gestion des médicaments, les interventions et la gestion d'urgence de la douleur, et l'hébergement d'urgence. L'accès aux services peut se faire en personne, par téléphone ou par courriel, selon le cas.

Si les services ne sont pas accessibles en tout temps, l'équipe doit collaborer avec d'autres prestataires de services ou organismes ainsi qu'avec la collectivité afin que l'utilisateur puisse accéder à des services essentiels ailleurs.



8.1.12 Les usagers et leur famille ont l'occasion de se familiariser à l'avance avec les lieux physiques.

**Conseils :**

Pour bon nombre de mourants et leur famille, l'environnement physique est extrêmement important au cours de cette expérience de la mort. Permettre aux usagers, s'ils sont assez bien pour le faire, et à leur famille de visiter les lieux physiques avant de choisir les services est un témoignage de respect à l'égard de leurs choix personnels. En outre, un site Web et une caméra Web (si possible) peuvent être utilisés pour aider l'utilisateur et sa famille à se familiariser avec la philosophie et la disposition physique du centre.



8.1.13 La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les usagers en se présentant et en expliquant leur rôle, en demandant la permission avant d'effectuer une tâche, en expliquant ce qu'ils font, en parlant d'un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations ou en rassurant les usagers, en leur permettant de poser des questions ou d'émettre des commentaires, en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses ou leur style de vie, et en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.



8.1.14 Les usagers et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins.

**Conseils :**

Le milieu encourage les usagers et les familles à prendre une part active dans leurs soins, à poser des questions et à émettre des commentaires à toutes les étapes du processus de soins.



- 8.1.15 La capacité de chaque usager de participer à ses soins est déterminée en partenariat avec l'usager et sa famille.

**Conseils :**

La capacité de participer à ses propres soins diffère pour chaque usager. À chaque étape du processus de soins, le membre approprié de l'équipe travaille avec l'usager, la famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'usager pour déterminer la quantité et le type d'information dont l'usager ou la famille a besoin pour participer à ses soins de façon significative. Cette information est également consignée dans le dossier de l'usager.



- 8.1.16 Les souhaits de l'usager quant à la participation de la famille à ses soins sont respectés.

**Conseils :**

L'équipe trouve des façons d'inclure des membres du réseau de soutien de l'usager à ses soins.

Si une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'usager ou un membre de sa famille participe à la prise de décisions, les lois en vigueur sont respectées. Il existe un processus pour régler les conflits entre l'usager et la famille concernant le niveau souhaité de participation.



- 8.1.17 Des renseignements précis et complets sont communiqués à l'usager et à la famille en temps opportun tout en respectant le souhait de l'usager de prendre part à la prise de décision.

**Conseils :**

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle à un choix éclairé et à une prise de décisions conjointe entre les usagers, les familles et l'équipe. Les renseignements sont transmis selon les besoins et intérêts de la personne et en fonction de son niveau de compréhension.

Les usagers et les familles sont mis au courant des risques et bienfaits des soins, des rôles et responsabilités de l'usager dans la prestation des services, ainsi que des avantages, des limites et des résultats possibles des interventions ou services proposés, de la façon de se préparer aux tests et aux traitements, de la disponibilité de services de counseling et de groupes de soutien ainsi que de la façon de joindre les membres de l'équipe en cas d'urgence ou de situation de crise.

Divers niveaux et types de renseignements sont offerts à différentes étapes de la prestation des soins pour répondre aux besoins et aux souhaits de l'usager quand cela est possible. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission (p. ex., les sujets graves exigent une approche plus structurée).



- 8.1.18 Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et à leurs familles.

**Conseils :**

Le matériel écrit est offert dans les langues parlées couramment au sein de la communauté, s'il y a lieu.

Des services d'interprétation sont disponibles si les usagers ou les familles en ont besoin, dans la mesure du possible.



- 8.1.19 La capacité de l'usager à fournir un consentement éclairé est évaluée.

**Conseils :**

L'évaluation de la capacité de l'utilisateur à fournir son consentement est un processus continu. Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre l'information pertinente à la prise de décisions, de prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et de comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier.

Les lois régionales et nationales sont respectées en ce qui concerne le travail auprès des enfants et des jeunes. Dans les cas où les usagers sont des personnes âgées, des mineurs ou des personnes jugées incapables de donner un consentement, ceux-ci participent le plus possible aux décisions concernant leurs services, et l'équipe accorde de l'importance à leurs questions et à leurs commentaires.



- 8.1.20 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.

**Conseils :**

Le consentement éclairé consiste à examiner l'information sur les services avec l'utilisateur, sa famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur; à l'informer des possibilités qui s'offrent à lui et à lui laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de lui demander son consentement. Il consiste aussi à respecter les droits, la culture et les valeurs de l'utilisateur, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment, et à inscrire sa décision dans son dossier. Le processus de consentement est continu.

Il y a consentement tacite quand on offre des services pour lesquels il n'est pas nécessaire d'obtenir un consentement écrit, comme quand les usagers arrivent pour un rendez-vous ou un cours, qu'on vérifie leur tension artérielle, qu'ils présentent leur bras pour une prise de sang, qu'ils arrivent par le biais des services médicaux d'urgence ou quand leur vie est menacée ou que leur état est urgent et exige une réanimation immédiate.



- 8.1.21 Toutes les directives préalables, incluant celles portant sur l'utilisation d'un traitement susceptible de prolonger la vie, sont consignées dans le dossier de l'utilisateur en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.

**Conseils :**

Les usagers peuvent avoir recours aux directives préalables pour les aider à prendre certaines décisions ou toutes leurs décisions. L'utilisateur et sa famille sont informés par écrit et de vive voix de leur droit d'établir des directives préalables et de la façon de procéder pour ce faire. L'oxygène, l'hydratation et l'alimentation artificielle sont des exemples de traitements susceptibles de prolonger la vie.



- 8.1.22 Les directives préalables sont communiquées aux prestataires de services internes et externes, au besoin, en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.

**Conseils :**

Les aidants naturels reçoivent également les directives préalables.



- 8.1.23 Les directives préalables sont abordées régulièrement avec l'utilisateur et sa famille, et tout changement est consigné en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.



- 8.1.24 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.

**Conseils :**

Une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur est consultée lorsqu'il est incapable de prendre une décision, et les directives préalables sont utilisées, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits de l'utilisateur. Dans ce cas, la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur reçoit de l'information sur ses rôles et ses responsabilités, et on lui donne l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de discuter des possibilités qui s'offrent à l'utilisateur. La personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur peut être désignée selon la loi ou peut être un défenseur des droits des usagers, un membre de la famille, un tuteur ou un aidant.

Si le consentement est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, son nom, son lien avec l'utilisateur, ainsi que la décision prise sont inscrits dans le dossier de l'utilisateur.

Lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes, le consentement éclairé est donné par l'enfant, le jeune, la famille ou le tuteur et inscrit au dossier avant la prestation des services. Le processus de consentement utilisé prévoit de les faire participer le plus possible à la prise de décisions à propos d'un service, d'une intervention ou d'un traitement, et d'accorder de l'importance à leurs opinions et à leurs questions.



- 8.1.25 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.

**Conseils :**

Il existe un processus structuré d'examen des questions d'éthique pour déterminer les cas où l'on peut faire participer un usager à une activité de recherche. Les activités de recherche peuvent comprendre des essais cliniques, l'évaluation de nouveaux protocoles ou de changements apportés à des protocoles existants. Les usagers et les familles participent à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche participatifs, le cas échéant (p. ex. à la collecte de données qualitatives pour des initiatives d'amélioration de la qualité).



- 8.1.26 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.

**Conseils :**

Les questions d'éthique sont soulevées quand des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être très graves, il peut s'agir de question de vie ou de mort ou de questions liées aux activités quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre à risque, le triage des membres de la communauté durant une situation d'urgence, les demandes de retrait de certains services spécifiques ou la fin des services, dont les services de soutien et de maintien artificiel de la vie, et les soins en fin de vie, en sont des exemples.

Le cadre d'éthique de l'organisme est utilisé pour gérer et régler les questions d'éthique. Elles peuvent être prises en charge par un comité d'éthique ou une équipe de consultation qui peut comprendre des professionnels de la santé, des membres du clergé ou des éthiciens. En plus d'offrir des consultations cliniques, le comité d'éthique peut prendre part à l'examen des politiques et à la sensibilisation à l'éthique.

Les questions d'éthique liées à des usagers précis sont consignées au dossier des usagers concernés.



- 8.1.27 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.



**Conseils :**



Les droits des usagers et des familles comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment l'information sur l'utilisateur sera utilisée, le droit

d'avoir accès à leur dossier et à l'information qui les concerne, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles ainsi que le droit de prendre des risques et de ne subir aucun mauvais traitement, aucune exploitation et aucune discrimination.

Les droits des usagers et des familles en matière de prestation de services englobent le droit de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation d'un service; de prendre part à tous les aspects d'un service et de faire des choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation du service; de remettre en question une décision relative au plan d'intervention interdisciplinaire ou de déposer une plainte; de participer ou de refuser de participer à une recherche ou à des essais cliniques; de recevoir des services sûrs et offerts par des personnes compétentes; et, de faire part de ses inquiétudes quant à la qualité d'un service. Les responsabilités de l'usager et de la famille comprennent le fait de traiter les autres avec respect, de fournir de l'information exacte, de signaler les risques pour la sécurité et de se conformer aux règles et aux règlements.

L'information est fournie à l'accueil ou à l'admission. Elle est adaptée aux divers besoins comme la langue, la culture, le niveau de scolarité, le style de vie et les déficiences physiques ou mentales. Si l'information ne peut être fournie à l'usager et à la famille à l'accueil, celle-ci est offerte par la suite dans les meilleurs délais.



  8.1.28 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.

  8.1.29 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Un milieu où les usagers, les familles et les membres de l'équipe sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes est favorisé. L'organisme fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les familles peuvent obtenir des conseils ou une consultation. En cas d'utilisation de dossiers de santé électroniques, il existe un processus pour recevoir les plaintes et les questions des usagers au sujet de la confidentialité des dossiers électroniques, et pour y donner suite.

Les allégations présentées par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi réglées.

  8.1.30 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'usager et la famille.

**Conseils :**

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent :

- les antécédents médicaux;
- les allergies;
- le profil pharmaceutique;
- l'état de santé;
- l'état nutritionnel;
- les besoins en matière de soins palliatifs;
- les besoins alimentaires.

Les éléments relatifs à la santé psychosociale comprennent :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et des aidants naturels;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que 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 socio-économique;



8.1.31 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Le processus d'évaluation est aussi simplifié que possible, afin que les usagers n'aient pas à répéter l'information aux nombreux prestataires ou membres de l'équipe. S'il y a lieu, une évaluation interdisciplinaire ou collaborative peut être effectuée avec l'utilisateur, la famille et les membres appropriés de l'équipe.



8.1.32 Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis à l'utilisateur sont déterminés en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences de l'utilisateur comme défini dans son évaluation sont utilisés pour élaborer les objectifs des services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières de l'utilisateur, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres organismes qui offrent des services à l'utilisateur.



8.1.33 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

**Conseils :**

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider l'équipe à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils d'évaluation normalisés comporte des avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont une meilleure efficacité, une collecte de renseignements d'une plus grande exactitude, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

Les outils d'évaluation normalisés utilisés varieront selon les besoins de l'utilisateur et selon le type et la gamme de services fournis. Les outils d'évaluation normalisés utilisés sont éclairés par des données probantes et utiles pour les services fournis.



8.1.34 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.

**Conseils :**

La recherche démontre que chez plus de 50 % des usagers, il y a au moins une divergence entre la liste de médicaments de la maison et les médicaments prescrits à l'admission à l'hôpital. Un bon nombre de ces divergences sont susceptibles de conduire à des événements indésirables liés aux médicaments.

Le bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) qui comprend la liste de tous les médicaments

(notamment les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments) que l'utilisateur prend. Le MSTP précise également le mode d'administration, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la concentration, s'il y a lieu. Pour produire le MSTP, il faut poser des questions à l'utilisateur, à la famille ou au soignant et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical antérieur de l'utilisateur ou un pharmacien communautaire. Une fois produit, le MSTP est un outil de référence important pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.

Le bilan comparatif des médicaments à l'admission peut être établi selon deux modèles. Selon le modèle proactif, le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission. Selon le modèle rétroactif, le MSTP est produit après la rédaction des ordonnances de médicaments à l'admission et après une comparaison, faite en temps opportun, entre le MSTP et les ordonnances de médicaments faites à l'admission. Peu importe le modèle utilisé, il est important de déceler, de résoudre et de consigner les divergences.

Aux points de transition, en plus des médicaments que l'utilisateur prend, il est important de tenir compte des médicaments qu'il prenait avant son admission (tel qu'il est indiqué dans le MSTP) et qu'il serait approprié qu'il continue de prendre, qu'il recommence à prendre, qu'il arrête de prendre ou qui devront être modifiés. Par exemple, le bilan comparatif des médicaments devrait se faire au moment du congé ou lorsqu'il y a un changement de médicaments ou que les médicaments sont prescrits de nouveau dans le cadre d'un transfert entraînant un changement du milieu où les services sont dispensés (p. ex. de l'unité des soins critiques à une unité de médecine, ou d'un établissement à un autre dans un même organisme). Il n'est pas nécessaire de dresser le bilan comparatif des médicaments en cas de changement de lit.

Les usagers devraient être considérés comme des partenaires actifs dans la gestion de leurs médicaments et ils devraient recevoir les renseignements sur les médicaments qu'ils devraient prendre dans un format et un langage qu'ils peuvent comprendre. Les usagers devraient être encouragés à conserver une liste de médicaments à jour et à en faire part à leurs prestataires de soins.

#### Tests de conformité :

- 8.1.34.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.
- 8.1.34.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.
- 8.1.34.3 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.
- 8.1.34.4 L'utilisateur, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.

- 8.1.35 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en œuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.

#### Conseils :

Les usagers admis à l'hôpital présentent un risque accru de faire une chute et de se blesser, puisqu'ils se retrouvent dans un milieu qui ne leur est pas familier en plus de devoir s'adapter à un changement au niveau de leur fonctionnement physique ou cognitif





(Stephenson et coll., 2016). La réduction des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les usagers et réduire la durée de l'hospitalisation et les coûts.

Pour être efficaces, la prévention des chutes et la réduction des blessures exigent une approche interdisciplinaire et le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre en œuvre une approche coordonnée de prévention des chutes et de réduction des blessures dans l'organisme, tout en reconnaissant les besoins uniques dans les différents services. Il est aussi utile de désigner des personnes pour faciliter la mise en place de cette approche.

Les organismes devraient déterminer et adopter des précautions pour tous les usagers, peu importe les risques de chutes. L'acronyme SAFE (sécurité des lieux, assistance à la mobilité, facteurs de risque réduits et enseignement au client et à sa famille) décrit les quatre stratégies clés des précautions universelles de prévention des chutes. La directive de l'Institute for Clinical Systems Improvement (2012) recommande pour sa part les interventions universelles suivantes : familiariser l'utilisateur avec le milieu; placer les boutons d'appel à un endroit atteignable en tout temps et observer la façon dont les usagers les utilisent; garder les biens personnels à portée des usagers; installer des rampes solides dans les salles de bain, les chambres et les couloirs; garder les lits à faible hauteur et bloquer les freins; fournir des chaussures antidérapantes bien ajustées aux usagers; utiliser des veilleuses ou un éclairage d'appoint; garder le sol propre et sec; nettoyer rapidement tous les liquides renversés; garder en ordre les aires où les soins sont dispensés. Il est important d'établir des précautions qui correspondent au milieu clinique et aux besoins des usagers de ce milieu.

De la formation sur l'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures, sur les précautions universelles et sur les stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures est régulièrement offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles. De l'information facile à comprendre est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour leur donner les moyens d'assumer un rôle actif dans la prévention des chutes et la réduction des blessures.

Il est important d'évaluer régulièrement si les activités de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes ont ou non les répercussions escomptées et si elles répondent aux besoins des usagers, familles et membres de l'équipe. Divers moyens permettent d'évaluer l'efficacité, qu'il s'agisse de discussions spontanées, d'entrevues, de sondages ou de vérifications. Des initiatives d'évaluation de l'amélioration de la qualité et des réunions de bilan après les chutes peuvent aussi contribuer à cerner les lacunes en matière de sécurité, à éviter que les chutes se produisent à nouveau ou à réduire les blessures causées par les chutes.

#### Tests de conformité :

- 8.1.35.1 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les blessures causées par les chutes.
- 8.1.35.2 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.
- 8.1.35.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.



- 8.1.36 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en œuvre.

**Conseils :**

Les plaies de pression ont d'importantes répercussions sur la qualité de vie des usagers, puisqu'elles causent de la douleur, ralentissent la guérison et augmentent le risque d'infection. Un lien a aussi été établi entre les plaies de pression et une augmentation de la durée des séjours, des coûts et de la mortalité. Les stratégies efficaces de prévention des plaies de pression peuvent réduire l'incidence des plaies de pression et sont une indication d'une qualité supérieure de soins et de services.

Les stratégies de prévention des plaies de pression exigent une approche interdisciplinaire, de même que le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre au point un plan pour appuyer une formation complète sur la prévention des plaies de pression et de nommer des personnes pour faciliter la mise en œuvre d'une approche normalisée pour l'évaluation des risques, l'application des lignes directrices relatives aux meilleures pratiques et la coordination des équipes de soins de santé.

Une prévention des plaies de pression efficace commence par le recours à une échelle d'évaluation des risques validée, telle que :

- l'échelle de Braden (Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk);
- l'échelle de Norton (Norton Pressure Sore Risk Assessment Scale);
- l'interRAI Pressure Ulcer Risk Scale (soins de longue durée);
- l'échelle de Waterlow (Waterlow Score);
- l'échelle de Gosnell (Gosnell Scale);
- l'échelle de Knoll (Knoll Scale);
- l'échelle de SCIPUS (Spinal Cord Injury Pressure Ulcer Scale).

Un certain nombre de lignes directrices en matière de meilleures pratiques pouvant contribuer à l'élaboration de stratégies de prévention et de traitement des plaies de pression sont aussi disponibles, dont des évaluations des risques, des réévaluations, des interventions, de la formation et de l'évaluation.

**Tests de conformité :**

- 8.1.36.1** Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'utilisateur au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.
- 8.1.36.2** Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'utilisateur.
- 8.1.36.3** Des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, sont mis en œuvre pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.
- 8.1.36.4** Les membres de l'équipe, les usagers et les familles et les aidants reçoivent de la formation sur les facteurs de risque ainsi que sur les protocoles et procédures pour prévenir les plaies de pression.
- 8.1.36.5** L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.

- 8.1.37** La douleur de l'utilisateur est évaluée dans son intégralité en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.



**Conseils :**

L'évaluation de la douleur est effectuée à l'évaluation initiale de l'utilisateur, et de façon régulière par la suite. L'évaluation de la douleur varie selon l'âge et le niveau de développement. Des mesures cliniques normalisées sont utilisées pour déterminer l'intensité, les caractéristiques, l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que les conséquences de la douleur sur les activités habituelles des usagers.



- 8.1.38 Les symptômes de l'utilisateur sont évalués régulièrement en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.

**Conseils :**

Un processus normalisé et des outils d'évaluation éprouvés sont utilisés lorsqu'il y a lieu.

Le processus d'évaluation varie selon l'âge et le niveau de développement.

Les symptômes courants sont évalués le plus possible. Ceux-ci comprennent, entre autres, les symptômes cardiorespiratoires (essoufflement, toux, œdème, hoquet, apnée, modes de respiration agoniques), gastro-intestinaux (nausées, vomissements, constipation, constipation opiniâtre, occlusion intestinale, diarrhée, gonflement, dysphagie, dyspepsie), buccaux (sécheresse de la bouche, mucosités), cutanés (peau sèche, nodules, prurit, éruptions cutanées), généraux (agitation, anorexie, émaciation, fatigue, faiblesse, saignements, somnolence, épanchement, fièvre et frissons, incontinence, insomnie, lymphœdème, myoclonie, odeur, prolapsus, lésions ou ulcères de décubitus, sueurs, syncope, vertige), cognitifs (agitation, délire, confusion, dépression), psychosociaux et spirituels (anxiété, crainte, révolte, deuil).



- 8.1.39 Les symptômes de l'utilisateur sont pris en charge et les méthodes de gestion des symptômes sont consignées dans le plan de soins de l'utilisateur en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.

**Conseils :**

Il existe un processus pour enseigner les façons de soulager les symptômes à l'utilisateur, à sa famille et aux aidants naturels; pour vérifier régulièrement l'efficacité des méthodes de soulagement des symptômes et des effets secondaires connexes; pour communiquer les résultats des méthodes de prise en charge des symptômes et les consigner par écrit; et pour former ses membres et les tenir à jour en ce qui concerne les méthodes fondées sur des données probantes qui visent à prévenir, à réduire ou à soulager les symptômes.

Il existe un processus pour prendre en charge les symptômes de l'utilisateur de façon appropriée au cours de ses dernières heures de vie; pour prévenir et reconnaître les signes et les symptômes de complications courantes tels que la détresse psychosociale, les comportements à risques élevés, le suicide, la compression de la moelle épinière, la compression de la veine cave supérieure, la tamponnade cardiaque, l'hémorragie, les convulsions et l'hypercalcémie; et pour prévoir la médication, l'équipement, les fournitures et le soutien nécessaires.



- 8.1.40 Les besoins d'ordre émotionnel, social, spirituel, culturel, ainsi que ceux relatifs au deuil, de l'utilisateur et de la famille sont évalués en partenariat avec ceux-ci.

**Conseils :**

Les besoins émotionnels, sociaux, spirituels et culturels englobent la capacité d'adaptation de l'utilisateur et de sa famille, les caractéristiques personnelles et comportementales, les préférences culturelles, les orientations spirituelles et les croyances relatives à la mort et le deuil, la sécurité et le bien-être, les préférences personnelles, le style de vie, les habitudes, les modes de vie et les comportements à risque ainsi que les activités et les loisirs préférés.



8.1.41 Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.



8.1.42 Les résultats de l'évaluation sont communiqués à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe en temps opportun et de manière facile à comprendre.

**Conseils :**

La communication des résultats des évaluations, lorsque nécessaire, améliore la clarté et évite la répétition. Pour que l'information soit facile à comprendre, les renseignements sont adaptés au niveau d'alphabétisme de l'utilisateur, à sa langue et à sa culture.



8.1.43 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.

**Conseils :**

Le plan d'intervention interdisciplinaire repose sur les résultats de l'évaluation de même que sur les objectifs et les résultats attendus des services. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des autres membres de l'équipe, d'autres organismes, ainsi que des usagers et des familles. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents de l'utilisateur, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments, y compris les problèmes ou les réactions indésirables liés aux médicaments.

Le plan comprend le lieu de prestation et la fréquence des services, les délais avant le début des services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des services, la façon dont sera évaluée l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.



8.1.44 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.



8.1.45 Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.

**Conseils :**

Le dossier de l'utilisateur, qui réunit toute l'information à un seul endroit, est accessible à l'équipe qui offre les soins, y compris aux usagers.



8.1.46 L'état de santé de l'utilisateur est réévalué en partenariat avec l'utilisateur, et des mises à jour sont consignées dans son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état de santé.

**Conseils :**

Le fait de ne pas signaler un changement dans l'état de l'utilisateur ou de tarder à le faire, en particulier lorsqu'il y a une détérioration de son état, constitue un obstacle important à la prestation de soins et de services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans l'état de santé de l'utilisateur est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.



8.1.47 Les progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'utilisateur, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.

**Conseils :**

La consignation des progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives et, elle inclut l'utilisateur et sa famille. Elle peut

comprendre l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés, la discussion avec les usagers et les familles et l'observation.



- 8.1.48 Les usagers et les familles ont accès à des services psychosociaux et de soutien.

**Conseils :**

Le soutien émotionnel et le counseling peuvent aider les usagers et les familles à composer avec les besoins et les problèmes en matière de santé. Le soutien peut viser à aider les usagers à composer avec un diagnostic, avec la prise de décisions ou avec les effets secondaires; il peut également être axé sur des questions d'éthique précises comme les directives préalables.



- 8.1.49 L'utilisateur et sa famille sont soutenus afin d'être les plus autonomes possible.

**Conseils :**

Cela suppose d'offrir l'accès à des soins de réadaptation et à des services de soutien, y compris le développement kinesthésique et les soins de répit, au besoin, de fournir à l'utilisateur et à sa famille de l'information relative à l'aide financière, sociale ou juridique et de les aider à accéder aux services appropriés.



- 8.1.50 L'utilisateur et sa famille sont soutenus pour que l'expérience de la nourriture et des repas soit positive.

**Conseils :**

Les aspects social et culturel qui se rattachent au repas sont des éléments importants de la qualité de vie de l'utilisateur et de sa famille, et ces éléments sont pris en considération, peu importe où les soins sont offerts. Cela signifie de respecter les préférences culinaires personnelles et culturelles, de mettre à la disposition de l'utilisateur et de sa famille des aliments et des boissons variés et de répondre aux demandes inhabituelles dans la mesure du possible, d'aider les mourants à faire face à une incapacité graduelle de se nourrir et d'encourager l'utilisateur à manger en compagnie de ses amis et de sa famille pour qu'il puisse bénéficier de l'aspect social et culturel des repas. L'utilisateur et sa famille sont encouragés à exprimer leurs préférences en ce qui concerne la nourriture et ce qui entoure les repas, prévenant ainsi la perte d'appétit pouvant résulter d'un manque de choix.



- 8.1.51 Les usagers sont encouragés à rester en contact avec les gens, les groupes et les organismes qui sont importants pour eux.

**Conseils :**

Pour bon nombre de mourants, le fait de garder contact avec la famille et les amis, de même que de poursuivre des activités (p. ex., école, apprentissage, bénévolat) est essentiel au maintien optimal de la qualité de vie. Il existe un processus pour travailler avec l'utilisateur et sa famille afin de déterminer quelles activités ils aimeraient poursuivre et pour les aider à atteindre ces objectifs. Il est possible d'aider les usagers à rester en relation en favorisant les visites spontanées des amis et de la famille, en les encourageant à développer des relations avec des pairs ou d'autres personnes, en les aidant à faire des visites lorsque cela est possible, ou en s'assurant qu'ils ont accès à un téléphone ou à un autre moyen de communication pouvant être utilisé en toute intimité, et en tout temps. Tout changement soudain survenant chez l'utilisateur, y compris la coupure des liens avec des gens ou des organismes, peut indiquer un changement au niveau du bien-être physique, psychologique, émotionnel ou social de l'utilisateur.



- 8.1.52 Le lieu où un service est offert favorise le bien-être de l'utilisateur et de sa famille.

**Conseils :**

L'importance de l'environnement physique est reconnue et l'utilisateur et sa famille sont soutenus dans le choix d'un lieu approprié pour recevoir les services en fonction des choix et des ressources disponibles.

Il existe un processus pour collaborer avec l'utilisateur, sa famille et les aidants naturels afin d'optimiser la sécurité de l'environnement physique, peu importe l'endroit où les soins sont offerts.

Dans la mesure du possible, différents choix sont proposés aux utilisateurs et aux familles en ce qui concerne le lieu où les services sont offerts. Les utilisateurs et leur famille sont accompagnés afin qu'ils puissent obtenir les services dans un endroit qui satisfait leurs préférences personnelles, p. ex., à la maison. Au fur et à mesure que les besoins et les préférences des utilisateurs et des familles changent, les utilisateurs sont soutenus afin qu'ils puissent apporter les changements dans l'environnement physique et le lieu où les soins sont offerts.



- 8.1.53 Les souhaits de l'utilisateur et sa famille sont connus et il existe un processus pour aider à ce qu'ils soient réalisés, dans la mesure du possible, en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.

**Conseils :**

Bon nombre de mourants ou d'utilisateurs atteints d'une maladie grave et leurs familles ont souvent des souhaits qu'ils aimeraient voir se réaliser; par exemple, une visite à un endroit donné ou le désir de mourir à l'extérieur du centre. Chaque utilisateur est interrogé sur ses souhaits et, lorsque cela est possible, selon les ressources disponibles, l'équipe réalise les souhaits de l'utilisateur et de sa famille.



- 8.1.54 Du soutien est offert à la famille, aux membres de l'équipe et aux autres utilisateurs au moment du décès d'un utilisateur et à la suite de celui-ci.

**Conseils :**

De l'information pertinente est fournie aux utilisateurs et aux familles sur le processus de la mort, comme les signes et symptômes d'une mort imminente, les moyens de faire face au décès et la façon de donner du soutien et du réconfort pendant les dernières heures, ainsi que les services offerts pour aider à faire face au chagrin et au deuil.

La famille et les amis de l'utilisateur sont encouragés à avoir recours aux réseaux de soutien communautaire. Quand ces réseaux sont insuffisants, ou si l'on détermine que la famille et les amis risquent d'avoir une réaction complexe face au deuil, l'accès à des services aux personnes endeuillées est facilité pour les utilisateurs, les familles, les membres de l'équipe et les bénévoles, ce qui inclut le soutien de bénévoles ou des services professionnels.



- 8.1.55 Le souhait de l'utilisateur de mettre fin aux services ou de les limiter, d'être transféré à un autre service ou de retourner à la maison est respecté.

**Conseils :**

La prise de décisions conjointe au sujet de la transition de l'utilisateur a lieu en consultation avec la famille ou la personne chargée de prendre les décisions au nom de l'utilisateur, au besoin, et tient compte de la capacité de l'utilisateur de prendre des décisions. Les risques de la transition sont discutés avec l'utilisateur et la famille, de même que les services extra-hospitaliers auxquels ils auront accès après la transition.

Un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour travailler avec les utilisateurs qui ont choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Si l'utilisateur souhaite continuer d'obtenir des services qui vont à l'encontre de la recommandation de l'équipe ou qui vont au-delà de la capacité de

l'organisme, un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour assurer un résultat juste et équitable pour l'utilisateur et l'organisme.



- 8.1.56 Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition de l'utilisateur, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.

**Conseils :**

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible dans le cadre du processus de soins. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour l'utilisateur sont déterminés. Certains facteurs ont une influence sur la capacité de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisme.



- 8.1.57 Les utilisateurs sont responsabilisés de manière à gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.

**Conseils :**

L'enseignement qui favorise la responsabilisation et aide les utilisateurs à gérer eux-mêmes une maladie chronique peut comprendre la planification de mesures, l'imitation de comportement, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation, les techniques de gestion des symptômes, des facteurs de risque, de la fatigue et du sommeil, l'utilisation des médicaments, la gestion des émotions, les changements sur le plan de la cognition et de la mémoire, la formation en communication avec des professionnels de la santé et d'autres personnes, ainsi que la résolution de problèmes et la prise de décisions liées à des questions de santé.

Des outils et des ressources sont offerts aux utilisateurs pour les aider à gérer eux-mêmes leur état de santé. Ils sont adaptés aux besoins de chaque utilisateur. Par exemple, les outils peuvent être modifiés en fonction de leur degré de compréhension, de leur niveau d'alphabétisation, de leur invalidité, ainsi que de leur langue et de leur culture.



- 8.1.58 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan d'intervention interdisciplinaire, que ce soit vers la maison, une autre équipe, un autre niveau de soins ou qu'il s'agisse de la fin des services, améliore la coordination entre les équipes et les organismes partenaires et aide à préparer l'utilisateur pour la fin des services. La participation de l'utilisateur à la planification de la fin des services assure que l'utilisateur et la famille sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition de l'utilisateur, de même que ses besoins et préférences après les soins font partie du plan d'intervention interdisciplinaire. La discussion peut comprendre le suivi après les soins, la capacité relative à l'auto-administration des soins, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



- 8.1.59 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

**Conseils :**

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.


L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examens, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication (comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins posthospitaliers, la relecture et la reformulation) favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente et des outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisme. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisme. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les familles de répéter l'information. Les usagers et les familles ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

**Tests de conformité :**

- 8.1.59.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 8.1.59.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 8.1.59.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 8.1.59.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 8.1.59.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :
  - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
  - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
  - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

- 
- 8.1.60 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

À intervalles réguliers, un échantillon d'utilisateurs, de familles ou d'organismes vers lesquels ils ont été acheminés est contacté pour déterminer l'efficacité de la transition ou de la fin des services, connaître l'opinion et les préoccupations des usagers après la



transition et vérifier si les plans de suivi sont respectés. L'évaluation des transitions représente une occasion de vérifier que les besoins de l'utilisateur et de la famille ont été satisfaits et que leurs préoccupations ou leurs questions ont été abordées.

La rétroaction des usagers et l'ensemble des résultats de l'évaluation sont partagés avec le personnel d'encadrement et le conseil d'administration de l'organisme, et l'information est utilisée pour améliorer les transitions.



- 8.1.61 Les usagers ou leurs familles qui souhaitent accéder de nouveau aux services reçoivent l'aide pour le faire.

**Conseils :**

L'utilisateur et sa famille sont informés par écrit ou de vive voix sur la manière et le moment d'accéder à nouveau aux services, ainsi que sur la façon de communiquer avec l'équipe.



- 8.1.62 Les services pertinents de suivi pour l'utilisateur, le cas échéant, sont coordonnés en collaboration avec l'utilisateur, la famille, d'autres équipes et organismes.

**Conseils :**

La responsabilité entourant les soins se poursuit jusqu'à ce que le service ait pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre organisme.

Les services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extra-hospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile à l'utilisateur contribue à ce que ce dernier reçoive les services les plus appropriés à l'endroit le plus adéquat, et réduit au minimum les transferts inutiles et les solutions temporaires.

Pour veiller à ce que les usagers reçoivent des soins continus et ininterrompus, le placement et le suivi comprennent un processus pour les cas où la transition ne se passe pas comme prévu.



- 8.1.63 La famille et les aidants naturels sont soutenus immédiatement avant et après le décès de l'utilisateur.

**Conseils :**

Des informations pertinentes sur le processus de mort, par exemple les signes et les symptômes d'une mort imminente, les moyens de faire face au décès et la façon de donner du soutien et du réconfort pendant les dernières heures sont fournies.

La famille et les amis de l'utilisateur sont encouragés à recourir aux mécanismes de soutien en place. Quand ces mécanismes demeurent insuffisants, ou si la famille et les amis risquent d'avoir une réaction de détresse complexe face au deuil, l'accès à des services aux personnes en deuil, ce qui inclut le soutien de bénévoles ou des services professionnels, est facilité. Les résultats d'une évaluation des risques associés au deuil peuvent être utilisés pour orienter les membres de la famille et les aidants naturels vers des services de soutien professionnels, au besoin.

Quand l'utilisateur souhaite décéder à son domicile, le caractère approprié du domicile est évalué et les arrangements nécessaires sont pris pour déclarer le décès à domicile et fournir le certificat de décès à temps.



- 8.1.64 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.

**Conseils :**

La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions prévues, les consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.

L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).

L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires (services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.

**Tests de conformité :**

- 8.1.64.1** Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- 8.1.64.2** Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 8.1.64.3** Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 8.1.64.4** L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 8.1.64.5** L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).

- 8.1.64.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 8.1.64.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 8.1.64.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

## 8.2 Prévention et contrôle des infections - Services de soins palliatifs et de fin de vie



- 8.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

### Conseils :

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

### Tests de conformité :

- 8.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :
- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
  - mesurer l'utilisation d'un produit;

- inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
- évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

**8.2.1.2** Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

**8.2.1.3** Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.



**8.2.2** La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

**Conseils :**

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes l'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit:

- avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

**Tests de conformité :**

**8.2.2.1** Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



**8.2.3** Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

**Conseils :**

Les usagers, les familles et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres.



**8.2.4** Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.

**Conseils :**

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.



- 8.2.5 Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.



- 8.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.

**Conseils :**

Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.



- 8.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

**Conseils :**

Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).



- 8.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.

**Conseils :**

Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.



- 8.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

**Conseils :**

Par exemple, l'organisme peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.



- 8.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.

**Conseils :**

Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.



- 8.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.

**Conseils :**

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

**8.3 Gestion des médicaments - Services de soins palliatifs et de fin de vie**



- 8.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.



- 8.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).

-  8.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.
-  8.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.
- Conseils :**
- Par exemple, l'utilisateur peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.
-  8.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.
-  8.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.
-  8.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.
- Conseils :**
- Les critères de sélection englobent la capacité de l'utilisateur à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.
-  8.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.
- Conseils :**
- Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'utilisateur dans un tiroir verrouillé.
-  8.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.
-  8.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.
- Conseils :**
- Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.
-   8.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'utilisateur avant son administration.
-   8.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.
- Conseils :**
- La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des

médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'usager ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.



- 8.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'usager l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.

**Conseils :**

Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'usager a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'usager.



- 8.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.

**Conseils :**

Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'usager. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.



- 8.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque usager sont surveillés et consignés.

**Conseils :**

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'usager, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



- 8.3.16 Chaque usager est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



- 8.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des usagers afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

**Conseils :**

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



- 8.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux usagers et aux familles les incidents liés à la sécurité des usagers sont respectées.

## 8.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de soins palliatifs et de fin de vie



- 8.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

**Conseils :**

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.





- 8.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

**Conseils :**

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.



- 8.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

## Chapitre 9 : Services interventionnels et périchirurgicaux

Ces services sont dédiés à la prestation d'interventions invasives (p. ex., les interventions diagnostiques et les procédures endoscopiques) dans un hôpital. Les interventions et procédures peuvent être effectuées dans une salle d'opération traditionnelle, un laboratoire de cathétérisme cardiaque, une unité d'endoscopie, un service de radiologie ou autres secteurs où des interventions chirurgicales ou des interventions invasives sont effectuées.<sup>12</sup>

### 9.1 Épisode de soins - Services interventionnels et périchirurgicaux



9.1.1 L'aménagement physique de la salle d'opération ou d'intervention et l'équipement sont conçus de manière à tenir compte du déplacement des usagers, des allées et venues, des types d'intervention effectuée, de l'ergonomie et de la logistique qui accompagne la circulation de l'équipement.



9.1.2 Le secteur où se déroulent les interventions invasives est constitué de trois niveaux d'accès de plus en plus limité : zone d'accès non limité, zone d'accès modéré et zone d'accès limité.

#### Conseils :

Les zones d'accès non limité peuvent inclure les salles d'attente, le salon des employés, ou le bureau du gestionnaire. Le port de vêtements de ville est permis dans les zones d'accès non limité.

Les zones d'accès modéré comprennent les salles de fournitures propres et stériles, les salles d'entreposage, les secteurs où se trouvent les éviers de brossage et les corridors qui mènent aux zones d'accès limité. Le port de vêtements de chirurgie, d'un bonnet et d'un couvre-barbe est exigé dans les zones d'accès modéré.

Les zones d'accès limité comprennent toute zone où se trouvent du personnel en service interne ou des fournitures stériles ouvertes. Le port de vêtements et de masques chirurgicaux est exigé dans les zones d'accès limité.



9.1.3 Le chauffage, ventilation et climatisation dans le secteur où les interventions chirurgicales et invasives sont réalisées sont surveillés et maintenus, et ce, conformément aux normes, aux lois et aux règlements applicables.

#### Conseils :

Les points devant être pris en considération englobent, entre autres, la gestion des systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation qui servent à contrôler la température, l'humidité, les odeurs et l'apport en air frais ainsi que la prévention de l'exposition à la fumée secondaire.



9.1.4 Les systèmes de canalisations de gaz médicaux, y compris les ensembles de raccordement basse pression, les régulateurs de pression et les unités terminales, sont certifiés et vérifiés selon les protocoles attendus.



9.1.5 La circulation et la qualité de l'air dans le secteur où les interventions chirurgicales et invasives sont réalisées sont surveillées et maintenues, et ce, conformément aux normes applicables pour le type d'interventions pratiquées.

<sup>12</sup> HSO Services périopératoires et interventions invasives, 2018. HSO 11009 :2018



- 9.1.6 Les salles où sont effectuées les interventions chirurgicales et invasives ont au moins 20 changements d'air total par heure.

**Conseils :**

Les salles où sont effectuées d'autres interventions, telles que les cathétérismes cardiaques, les endoscopies, les bronchoscopies et les cystoscopies, ont aussi au moins 20 changements d'air total par heure, tout comme dans l'unité de soins postanesthésiques.



- 9.1.7 La salle d'opération ou d'intervention est dotée d'une zone d'entreposage d'accès limité pour le matériel stérile.



- 9.1.8 Un horaire de nettoyage complet et régulier de la salle d'opération ou d'intervention et des secteurs connexes est affiché à un endroit où tous les membres de l'équipe peuvent accéder.

**Conseils :**

L'horaire de nettoyage englobe le prénettoyage, le nettoyage après l'intervention, le nettoyage final, le nettoyage hebdomadaire et le nettoyage mensuel.



- 9.1.9 L'équipement chirurgical et les appareils et instruments médicaux font régulièrement l'objet d'un calibrage conformément aux directives du fabricant.



- 9.1.10 Un processus est en place pour gérer les alertes et les rappels concernant l'équipement médical.

**Conseils :**

Le processus comprend les activités suivantes:

- cerner les alertes et les rappels;
- communiquer les alertes et les rappels de façon appropriée à toute l'équipe;
- prendre les mesures qui s'imposent par rapport aux alertes et aux rappels (p. ex., retirer l'équipement affecté pour qu'il ne puisse être utilisé);
- consigner les alertes, les rappels et les mesures prises pour y remédier.

Des membres précis de l'équipe ont la responsabilité de vérifier les avis de rappel et de distribuer les avis dans l'ensemble de l'organisme.



- 9.1.11 L'équipement chirurgical et les appareils et instruments médicaux qui sont retournés à la salle d'opération ou d'intervention après une réparation ou un remplacement portent un avis clair et signé, sur lequel figurent la date de retour ou d'arrivée et une description de la réparation ou de l'achat.



- 9.1.12 Les articles contaminés sont transportés vers l'unité de retraitement dans un contenant approprié.

**Conseils :**

Des procédures structurées sont suivies pour la conservation des articles utilisés ainsi que pour leur transport vers l'endroit où ils sont stérilisés et à partir de celui-ci. Le retraitement peut être effectué dans un endroit précis de l'organisme, dans un autre établissement ou par une entreprise privée.



- 9.1.13 Les articles contaminés sont transportés séparément des articles propres ou stérilisés, à l'écart des secteurs de services aux usagers ou des zones très achalandées.



- 9.1.14 Lors du transport d'équipement ou d'appareils et instruments contaminés, les lois en vigueur sont respectées, les conditions environnementales sont vérifiées et des contenants, boîtes, sacs et véhicules de transport propres et appropriés sont utilisés.

**Conseils :**

Les conditions ambiantes comprennent la température et le taux d'humidité.

Des considérations spéciales peuvent s'avérer nécessaires pour le transport d'appareils et d'instruments sur de longues distances.



- 9.1.15 La stérilisation rapide est utilisée dans la salle d'opération ou d'intervention en cas d'urgence, mais jamais pour les ensembles complets d'instruments ou les appareils implantables.

**Conseils :**

Les cas où un appareil spécialisé est échappé au cours de l'intervention et doit être stérilisé avant de pouvoir servir à nouveau constituent un exemple de situation urgente où la stérilisation rapide peut être employée.



- 9.1.16 Chaque recours à une stérilisation rapide est consigné dans les dossiers pertinents.

**Conseils :**

Chaque stérilisation rapide est consignée dans un rapport d'incidents et dans le dossier de l'usager.



- 9.1.17 L'équipement, les appareils et instruments médicaux et les fournitures propres et stériles sont rangés séparément de l'équipement souillé et des déchets selon les directives du fabricant.

**Conseils :**

Ces articles peuvent être tenus séparés par le confinement, le maintien à distance, le recours à différentes règles de circulation et en les déplaçant un à un.



- 9.1.18 L'approvisionnement en médicaments au bloc opératoire est approprié aux interventions effectuées et à la population d'usagers desservie.



- 9.1.19 Les médicaments dans le bloc opératoire sont rangés dans un endroit verrouillé ou dans un endroit pouvant en assurer la sécurité conformément aux politiques de l'organisme concernant le rangement des médicaments.



- 9.1.20 Le contenu des chariots de médicaments dans le bloc opératoire est standardisé pour l'ensemble de l'organisme.



- 9.1.21 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.

**Conseils :**

Il existe un processus structuré d'examen des questions d'éthique pour déterminer les cas où l'on peut faire participer un usager à une activité de recherche. Les activités de recherche peuvent comprendre des essais cliniques, l'évaluation de nouveaux protocoles ou de changements apportés à des protocoles existants. Les usagers et les familles participent à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche participatifs, le cas échéant (p. ex. à la collecte de données qualitatives pour des initiatives d'amélioration de la qualité).



- 9.1.22 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.

**Conseils :**

Les questions d'éthique sont soulevées quand des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être très graves, il peut s'agir de question de vie ou de mort ou de questions liées aux activités quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre à risque, le triage des membres de la communauté durant une situation d'urgence, les demandes de retrait de certains services spécifiques ou la fin des services, dont les services de soutien et de maintien artificiel de la vie, et les soins en fin de vie, en sont des exemples.

Le cadre d'éthique de l'organisme est utilisé pour gérer et régler les questions d'éthique. Elles peuvent être prises en charge par un comité d'éthique ou une équipe de consultation qui peut comprendre des professionnels de la santé, des membres du clergé ou des éthiciens. En plus d'offrir des consultations cliniques, le comité d'éthique peut prendre part à l'examen des politiques et à la sensibilisation à l'éthique.

Les questions d'éthique liées à des usagers précis sont consignées au dossier des usagers concernés.



- 9.1.23 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.

**Conseils :**

Les droits des usagers et des familles comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment l'information sur l'utilisateur sera utilisée, le droit d'avoir accès à leur dossier et à l'information qui les concerne, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles ainsi que le droit de prendre des risques et de ne subir aucun mauvais traitement, aucune exploitation et aucune discrimination.

Les droits des usagers et des familles en matière de prestation de services englobent le droit de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation d'un service; de prendre part à tous les aspects d'un service et de faire des choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation du service; de remettre en question une décision relative au plan d'intervention interdisciplinaire ou de déposer une plainte; de participer ou de refuser de participer à une recherche ou à des essais cliniques; de recevoir des services sûrs et offerts par des personnes compétentes; et, de faire part de ses inquiétudes quant à la qualité d'un service.

Les responsabilités de l'utilisateur et de la famille comprennent le fait de traiter les autres avec respect, de fournir de l'information exacte, de signaler les risques pour la sécurité et de se conformer aux règles et aux règlements.

L'information est fournie à l'accueil ou à l'admission. Elle est adaptée aux divers besoins comme la langue, la culture, le niveau de scolarité, le style de vie et les déficiences physiques ou mentales. Si l'information ne peut être fournie à l'utilisateur et à la famille à l'accueil, celle-ci est offerte par la suite dans les meilleurs délais.



- 9.1.24 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.



- 9.1.25 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Un milieu où les usagers, les familles et les membres de l'équipe sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes est favorisé. L'organisme fournit l'accès à une

personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les familles peuvent obtenir des conseils ou une consultation. En cas d'utilisation de dossiers de santé électroniques, il existe un processus pour recevoir les plaintes et les questions des usagers au sujet de la confidentialité des dossiers électroniques, et pour y donner suite.

Les allégations présentées par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi réglées.



- 9.1.26 Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis à l'utilisateur sont déterminés en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences de l'utilisateur comme défini dans son évaluation sont utilisés pour élaborer les objectifs des services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières de l'utilisateur, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres organismes qui offrent des services à l'utilisateur.



- 9.1.27 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.

**Conseils :**

Les demandes de services peuvent provenir des usagers, des familles, d'autres équipes ou d'organismes qui acheminent des usagers. Il peut y avoir différents processus pour répondre à une demande selon le demandeur et les services demandés.

Les demandes de services, le processus pour répondre à ces demandes et ce qu'on entend par « en temps opportun » varieront selon le type de service offert.

La capacité de répondre aux demandes est évaluée en fixant des délais de réponse aux demandes de services et en surveillant ces délais de même qu'en recueillant la rétroaction des usagers et des familles, des organismes qui acheminent des usagers ainsi que des autres équipes.



- 9.1.28 Les données personnelles de l'utilisateur sont recueillies au moment de l'admission.



- 9.1.29 Les données sur l'état de santé et les antécédents médicaux de l'utilisateur sont recueillies pendant le processus d'admission afin de déterminer les services requis pour ce dernier.



- 9.1.30 Un processus est suivi pour obtenir l'information appropriée auprès d'autres prestataires de services afin de déterminer quel type d'intervention doit être offerte.

**Conseils :**

Toute l'information découlant des évaluations de même que tous les formulaires de consentement à la recherche en lien avec l'intervention déjà signés par l'utilisateur sont recueillis dans le cadre du processus. Les commentaires de tous les prestataires concernés, comme les représentants du service d'imagerie diagnostique, du laboratoire et des organismes qui acheminent des usagers sont aussi pris en considération.

Cette étape peut se dérouler ailleurs que dans l'organisme, par exemple, dans le cabinet du chirurgien ou au service de préadmission.



- 9.1.31 Les stratégies de planification des horaires, telles que des tranches horaires, sont utilisées afin de permettre une gestion des interventions planifiées et non planifiées.

**Conseils :**

Il est nécessaire de comprendre le caractère variable des activités pour améliorer le déplacement des usagers. La répartition adéquate des interventions et le recours à des

tranches horaires peuvent réduire le volume d'interventions non urgentes. À titre d'exemple de stratégies de planification des horaires, mentionnons la séparation des cas planifiés des cas urgents et très urgents, ou l'imposition d'une limite aux types d'admissions pour une intervention non urgente. Le temps nécessaire pour retraiter les appareils et instruments devrait aussi être pris en compte. Une planification adéquate des horaires pourrait améliorer la capacité en lits, réduire le nombre d'heures supplémentaires et contribuer à l'amélioration de la sécurité des usagers.



- 9.1.32 Un processus normalisé et proactif est en place pour la détermination des priorités et l'établissement de l'horaire des interventions non urgentes.

**Conseils :**

Le processus permet d'ajouter des personnes hospitalisées et des cas d'urgence à l'horaire, s'il y a lieu.



- 9.1.33 Les listes d'attente sont surveillées et mises à jour sur une base régulière, et les usagers sont informés de la date prévue pour leur intervention planifiée.



- 9.1.34 Un processus est en place pour identifier les usagers dont l'état dégénère en situation urgente ou en situation de crise pendant qu'ils sont sur une liste d'attente, ainsi que pour savoir quoi faire en pareilles circonstances.



- 9.1.35 Les temps d'attente pour les services sont surveillés et comparés aux cibles cernées (p. ex., les temps d'attente établis au plan régional).



- 9.1.36 La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les usagers en se présentant et en expliquant leur rôle, en demandant la permission avant d'effectuer une tâche, en expliquant ce qu'ils font, en parlant d'un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations ou en rassurant les usagers, en leur permettant de poser des questions ou d'émettre des commentaires, en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses ou leur style de vie, et en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.



- 9.1.37 Des renseignements précis et complets sont communiqués à l'utilisateur et à la famille en temps opportun tout en respectant le souhait de l'utilisateur de prendre part à la prise de décision.

**Conseils :**

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle à un choix éclairé et à une prise de décisions conjointe entre les usagers, les familles et l'équipe. Les renseignements sont transmis selon les besoins et intérêts de la personne et en fonction de son niveau de compréhension.

Les usagers et les familles sont mis au courant des risques et bienfaits des soins, des rôles et responsabilités de l'utilisateur dans la prestation des services, ainsi que des avantages, des limites et des résultats possibles des interventions ou services proposés, de la façon de se préparer aux tests et aux traitements, de la disponibilité de services de counseling et de groupes de soutien ainsi que de la façon de joindre les membres de l'équipe en cas d'urgence ou de situation de crise.

Divers niveaux et types de renseignements sont offerts à différentes étapes de la prestation des soins pour répondre aux besoins et aux souhaits de l'utilisateur quand cela est possible. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission (p. ex., les sujets graves exigent une approche plus structurée).



- 9.1.38 Des directives sont fournies aux usagers concernant la préparation en vue de l'intervention, et l'importance de les respecter est soulignée aux usagers et aux familles.

**Conseils :**

Les directives sont transmises sous forme écrite et verbale en ayant recours à un vocabulaire que l'utilisateur comprend bien.

Les directives préopératoires peuvent inclure de l'information sur le jeûne, l'ingurgitation de liquides, les médicaments, la préparation de la peau, le retrait du maquillage et des bijoux et les arrangements relatifs au transport.

L'équipe discute des résultats ou des répercussions possibles si les directives concernant la préparation ne sont pas respectées (p. ex., l'intervention peut être annulée).

Les directives comprennent la façon de joindre l'équipe si l'utilisateur a des questions ou des préoccupations à lui communiquer.



- 9.1.39 L'équipe s'assure que l'utilisateur et la famille comprennent bien l'information concernant les soins.

**Conseils :**

Au moment de fournir de l'information aux usagers et aux familles, le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, l'invalidité ainsi que la langue et la culture sont pris en compte.

Les processus utilisés pour vérifier que les usagers ont bien compris l'information sont, entre autres, les suivants: encourager les usagers à poser des questions et accorder du temps à cet effet; demander à l'utilisateur de répéter l'information fournie; s'assurer que la communication s'effectue dans la même langue que celle de l'utilisateur, tout en respectant sa culture, dans la mesure du possible; utiliser des supports visuels ou vidéo, dans la mesure du possible; et, établir un échange continu pendant lequel l'équipe confirme fréquemment que l'utilisateur a bien compris l'information fournie.



- 9.1.40 Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et à leurs familles.

**Conseils :**

Le matériel écrit est offert dans les langues parlées couramment au sein de la communauté, s'il y a lieu. Des services d'interprétation sont disponibles si les usagers ou les familles en ont besoin, dans la mesure du possible.



- 9.1.41 La capacité de l'utilisateur à fournir un consentement éclairé est évaluée.

**Conseils :**

L'évaluation de la capacité de l'utilisateur à fournir son consentement est un processus continu. Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre l'information pertinente à la prise de décisions, de prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et de comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier.

Les lois régionales et nationales sont respectées en ce qui concerne le travail auprès des enfants et des jeunes. Dans les cas où les usagers sont des personnes âgées, des mineurs ou des personnes jugées incapables de donner un consentement, ceux-ci participent le plus possible aux décisions concernant leurs services, et l'équipe accorde de l'importance à leurs questions et à leurs commentaires.



- 9.1.42 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.



**Conseils :**

Le consentement éclairé consiste à examiner l'information sur les services avec l'utilisateur, sa famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur; à l'informer des possibilités qui s'offrent à lui et à lui laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de lui demander son consentement. Il consiste aussi à respecter les droits, la culture et les valeurs de l'utilisateur, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment, et à inscrire sa décision dans son dossier. Le processus de consentement est continu.

Il y a consentement tacite quand on offre des services pour lesquels il n'est pas nécessaire d'obtenir un consentement écrit, comme quand les usagers arrivent pour un rendez-vous ou un cours, qu'on vérifie leur tension artérielle, qu'ils présentent leur bras pour une prise de sang, qu'ils arrivent par le biais des services médicaux d'urgence ou quand leur vie est menacée ou que leur état est urgent et exige une réanimation immédiate.



- 9.1.43 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.

**Conseils :**

Une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur est consultée lorsqu'il est incapable de prendre une décision, et les directives préalables sont utilisées, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits de l'utilisateur. Dans ce cas, la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur reçoit de l'information sur ses rôles et ses responsabilités, et on lui donne l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de discuter des possibilités qui s'offrent à l'utilisateur. La personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur peut être désignée selon la loi ou peut être un défenseur des droits des usagers, un membre de la famille, un tuteur ou un aidant.

Si le consentement est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, son nom, son lien avec l'utilisateur, ainsi que la décision prise sont inscrits dans le dossier de l'utilisateur.

Lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes, le consentement éclairé est donné par l'enfant, le jeune, la famille ou le tuteur et inscrit au dossier avant la prestation des services. Le processus de consentement utilisé prévoit de les faire participer le plus possible à la prise de décisions à propos d'un service, d'une intervention ou d'un traitement, et d'accorder de l'importance à leurs opinions et à leurs questions.



- 9.1.44 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent:

- les antécédents médicaux;
- les allergies;
- le profil pharmaceutique;
- l'état de santé;
- l'état nutritionnel;
- les besoins en matière de soins palliatifs;
- les besoins alimentaires.

Les éléments relatifs à la santé psychosociale comprennent:

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et des aidants naturels;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que 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 socio-économique;
- les croyances et les besoins d'ordre culturel et spirituel.



9.1.45 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Le processus d'évaluation est aussi simplifié que possible, afin que les usagers n'aient pas à répéter l'information aux nombreux prestataires ou membres de l'équipe. S'il y a lieu, une évaluation interdisciplinaire ou collaborative peut être effectuée avec l'utilisateur, la famille et les membres appropriés de l'équipe.



9.1.46 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

**Conseils :**

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider l'équipe à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils d'évaluation normalisés comporte des avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont une meilleure efficacité, une collecte de renseignements d'une plus grande exactitude, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

Les outils d'évaluation normalisés utilisés varieront selon les besoins de l'utilisateur et selon le type et la gamme de services fournis. Les outils d'évaluation normalisés utilisés sont éclairés par des données probantes et utiles pour les services fournis.



9.1.47 L'évaluation préopératoire comprend une discussion avec l'utilisateur concernant les choix qui s'offriront à lui et ses préférences en matière de gestion de la douleur après l'intervention.

**Conseils :**

Pour soulager la douleur, on peut notamment avoir recours à des analgésiques, y compris à des opioïdes, pouvant être combinés à des traitements adjuvants, du counseling comportemental et des consultations psychologiques ou physiques. Des consultations avec des experts, de même que des recherches et des données probantes, peuvent être utilisées afin de connaître les meilleures méthodes de soulagement de la douleur. Ces options sont présentées à l'utilisateur qui peut choisir celle qu'il préfère pour gérer la douleur.

Les usagers reçoivent de l'information sur la façon de gérer leur douleur après le congé.



9.1.48 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.

### Conseils :

Les soins ambulatoires englobent une vaste gamme de services qui sont offerts à de nombreuses populations d'usagers. Par conséquent, il est important de se concentrer sur l'établissement du bilan comparatif des médicaments des usagers pour lesquels la gestion des médicaments est une composante majeure des soins. Les organismes devraient déterminer et consigner quelles cliniques de soins ambulatoires doivent répondre aux exigences liées au bilan comparatif des médicaments, en gardant en tête que le jugement clinique devrait toujours être pris en considération dans la gestion des médicaments des usagers.

Le bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) qui comprend la liste de tous les médicaments (notamment les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments) que l'usager prend. Le MSTP précise également le mode d'administration, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la concentration, s'il y a lieu. Pour produire le MSTP, il faut poser des questions à l'usager, à la famille ou au soignant et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical antérieur de l'usager ou un pharmacien communautaire. Une fois produit, le MSTP est un outil de référence important pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.

Les listes de médicaments recueillies sont comparées et lorsque des divergences sont décelées, elles sont résolues par le prescripteur principal, celui pouvant provenir de l'équipe ou d'ailleurs. Le prescripteur indique les médicaments qu'il faudrait continuer de prendre, arrêter de prendre, ou changer et les raisons de le faire.

Les usagers devraient être considérés comme des partenaires actifs dans la gestion de leurs médicaments et ils devraient recevoir les renseignements sur les médicaments qu'ils devraient prendre dans un format et un langage qu'ils peuvent comprendre. Les usagers devraient être encouragés à conserver une liste de médicaments à jour et à en faire part à leurs prestataires de soins.

### Tests de conformité :

- 9.1.48.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.
- 9.1.48.2 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.
- 9.1.48.3 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.
- 9.1.48.4 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'usager et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.
- 9.1.48.5 Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'usager et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'usager devrait prendre.

- 9.1.49 L'évaluation préopératoire comprend des processus pour évaluer les risques de nausées et de vomissements postopératoires chez l'usager.



**Conseils :**

Les facteurs de risque pouvant entraîner des nausées ou des vomissements postopératoires chez l'usager sont évalués et réduits dans la mesure du possible.

Des médicaments prophylactiques devraient être administrés, s'il y a lieu. Le choix des médicaments prophylactiques dépend du niveau de risque que court l'usager ainsi que de l'efficacité et des effets secondaires pouvant être associés aux médicaments.

Des consultations avec des experts, de même que des résultats de recherches et des données probantes, sont utilisés pour déterminer les meilleures méthodes de prévention et de soulagement des nausées et des vomissements postopératoires.



- 9.1.50 L'usager est évalué pour ce qui est du risque d'avoir d'autres problèmes de sécurité ou de santé liés à l'intervention chirurgicale et l'intervention invasive, et les mesures nécessaires sont prises pour réduire ces risques, en partenariat avec l'usager et la famille.

**Conseils :**

Les problèmes de sécurité ou de santé liés à l'intervention chirurgicale et à l'intervention invasive peuvent inclure, l'hypothermie périopératoire, les infections, une blessure attribuable au laser, une blessure liée à la radiation, une brûlure, une blessure liée au positionnement, une blessure d'origine électrique ou une blessure attribuable à un instrument ou un objet qui a été oublié dans le corps de l'usager.



- 9.1.51 L'anesthésiologiste assigne un niveau de classification de l'état physique selon l'American Society of Anesthesiologists (ASA) à chaque usager.

**Conseils :**

Selon les procédures de l'organisme, le niveau de classification de l'état physique peut être assigné par le chirurgien, l'anesthésiologiste ou un autre membre approprié de l'équipe.



- 9.1.52 Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.

NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.

**Conseils :**

Thrombo-embolie veineuse (TEV) est le terme composé désignant la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP).

La TEV est une complication grave et courante chez les usagers hospitalisés ou subissant une chirurgie. L'incidence des TEV peut être réduite ou évitée en ciblant les usagers qui risquent d'avoir une TEV et en effectuant les interventions appropriées, éclairées par des données probantes.

L'impact considérable de la thrombo-embolie veineuse aux plans humain et financier est bien documenté. La TEV est associée à une augmentation des décès chez les usagers; elle constitue la cause évitable de mortalité à l'hôpital la plus courante. Le recours à une thromboprophylaxie appropriée qui est éclairée par des données probantes réduit les coûts et la durée moyenne de séjour.

De nombreux guides de pratique clinique fondés sur des données probantes recommandent la thromboprophylaxie pour des groupes importants d'usagers ou pour

des sous-groupes s'avèrent très utiles et correspondent généralement à la norme de pratique acceptée.

**Tests de conformité :**

- 9.1.52.1 Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.
- 9.1.52.2 Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.
- 9.1.52.3 Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en œuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.
- 9.1.52.4 Les usagers en chirurgie orthopédique lourde (c.-à-d. arthroplastie de la hanche et du genou ou chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche) qui nécessitent une prophylaxie après le congé sont ciblés, et un mécanisme est en place pour leur offrir la prophylaxie appropriée après le congé.
- 9.1.52.5 De l'information est fournie aux usagers et aux membres de l'équipe sur les risques et la façon de prévenir la TEV.



- 9.1.53 Les préférences de l'utilisateur et les options relatives aux services sont discutées dans le cadre de l'évaluation, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, de même que les différentes options possibles pour ses soins et services sont discutés avec l'utilisateur et la famille. L'équipe et l'utilisateur s'engagent dans une prise de décisions conjointe qui tient compte des préférences de l'utilisateur, des résultats attendus et des risques et bienfaits liés aux options.

Par exemple, diverses stratégies de gestion de la douleur peuvent faire l'objet de discussions, comme les analgésiques, ce qui comprend les opioïdes et les adjuvants, de même que les interventions d'ordre physique, comportemental et psychosocial, et l'utilisateur peut choisir l'option qu'il préfère.

Les possibilités d'auto-soins, la vie privée, les visiteurs, les traitements, les tests et les soins personnels comme ceux liés au sommeil, au bain et à l'alimentation comptent parmi les autres préférences discutées.



- 9.1.54 Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.



- 9.1.55 Les résultats de l'évaluation sont communiqués à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe en temps opportun et de manière facile à comprendre.

**Conseils :**

La communication des résultats des évaluations, lorsque nécessaire, améliore la clarté et évite la répétition. Pour que l'information soit facile à comprendre, les renseignements sont adaptés au niveau d'alphabétisme de l'utilisateur, à sa langue et à sa culture.





- 9.1.56 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.



**Conseils :**

Le plan d'intervention interdisciplinaire repose sur les résultats de l'évaluation de même que sur les objectifs et les résultats attendus des services. Il comprend les rôles et les

responsabilités de l'équipe, des autres membres de l'équipe, d'autres organismes, ainsi que des usagers et des familles. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents de l'usager, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments, y compris les problèmes ou les réactions indésirables liés aux médicaments.

Le plan comprend le lieu de prestation et la fréquence des services, les délais avant le début des services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des services, la façon dont sera évaluée l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.

  9.1.57 Un processus est en place pour acheminer l'information provenant de l'évaluation préopératoire à l'équipe de la salle d'opération ou d'intervention.

  9.1.58 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.

#### Conseils :


Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.

Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'usager. Voici des exemples d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'usager, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'usager ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'usager, la reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'usager et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'usager ou la famille.

L'identification de l'usager est faite en partenariat avec l'usager et la famille en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les familles ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.



#### Tests de conformité :

**9.1.58.1** Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.

 9.1.59 Tous les services que l'usager a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire, sont consignés dans le dossier de l'usager.

#### Conseils :

Le dossier de l'usager, qui réunit toute l'information à un seul endroit, est accessible à l'équipe qui offre les soins, y compris aux usagers.

  9.1.60 La disponibilité de toutes les fournitures et la fonctionnalité de l'équipement sont confirmées avant que l'usager entre dans la salle d'opération ou d'intervention.

**Conseils :**

La vérification de l'équipement comprend une confirmation du branchement approprié de toutes les composantes, une inspection de l'emballage et des composantes afin de déceler la présence de résidus ou de matières organiques, tout particulièrement dans les appareils endoscopiques, et une inspection pour s'assurer que toutes les pièces sont présentes et fonctionnelles. Le moment pour effectuer la vérification de l'équipement devra être déterminé en fonction du type d'équipement.

Si l'équipement ou les fournitures nécessaires ne sont pas dans la salle d'opération ou d'intervention, le nécessaire est fait pour les obtenir avant que l'utilisateur entre dans la salle.



- 9.1.61 L'équipement d'urgence et les systèmes de maintien des fonctions vitales sont disponibles là où est administrée l'anesthésie.



- 9.1.62 Les lasers sont utilisés de façon sécuritaire et conformément aux normes établies, le cas échéant.

**Conseils :**

Les dangers possibles associés à l'utilisation de lasers dans le milieu de la santé comprennent:

- des brûlures aux yeux et sur la peau;
- les substances dangereuses émises par l'équipement laser;
- les émanations émises des matériaux exposés aux faisceaux lasers (y compris le panache laser).



- 9.1.63 Les précautions nécessaires sont prises pour réduire les risques d'incendie associés à l'utilisation d'équipement chirurgical et d'appareils et instruments médicaux spécialisés.

**Conseils :**

Un incendie peut être déclenché lorsque des sources d'inflammation telles que de l'équipement chirurgical spécialisé (y compris les appareils d'électrochirurgie, les appareils et instruments servant à l'électrochirurgie assistée à l'argon, l'équipement d'échographie, et les lasers médicaux) entrent en contact avec une source combustible (p. ex., des draps, solutions aseptiques, blouses, gazes) et un oxydant (p. ex., de l'oxygène, de l'oxyde nitreux).

La protection englobe l'utilisation de gels et de produits antiseptiques ininflammables, de champs opératoires humides ou ignifuges, d'eau stérile ou d'un soluté isotonique de chlorure de sodium au champ stérile, de fournitures ignifuges ou de protection contre les rayons laser (p. ex., les tubulures), ainsi que des apprêts et des enduits appropriés sur les instruments chirurgicaux.

En vue de protéger l'utilisateur et l'équipe en cas de feu, de la formation est fournie à l'équipe sur la façon d'intervenir en cas d'incendies, ce qui comprend les procédures d'évacuation. De plus, il devrait y avoir un extincteur dans le secteur périopératoire.



- 9.1.64 Si un instrument se brise durant l'intervention, l'événement est consigné et tous les morceaux sont retrouvés.



- 9.1.65 Les salles d'opération ou d'intervention sont dotées d'appareils d'aspiration et d'appareils d'aspiration d'appoint facilement accessibles.



- 9.1.66 L'intégrité de l'emballage de toutes les fournitures stériles est vérifiée.



9.1.67 Tous les indicateurs chimiques à l'extérieur ou à l'intérieur des emballages stériles sont vérifiés, conformément aux processus de l'organisme.

9.1.68 Une politique et une procédure sont suivies pour le décompte chirurgical et elles décrivent quel matériel doit être compté, le moment où le décompte doit être effectué, ce qui doit être fait lorsque le compte est incorrect et ce qui doit être consigné.

**Conseils :**

La politique et la procédure pour le décompte chirurgical peuvent être élaborées par l'équipe ou l'organisme.

Les éponges, aiguilles, bobines de fil de suture et lames doivent être comptées pour toutes les interventions et le décompte doit être fait :

- avant le début de l'intervention chirurgicale;
- à la première couche de suture;
- à la fermeture de la peau;
- avant de fermer une cavité qui se trouve à l'intérieur d'une cavité;
- s'il est probable qu'un instrument soit resté dans le champ opératoire;
- pendant un changement de quart de travail.



9.1.69 Si le décompte fait ressortir une divergence dans les résultats, une procédure est suivie et elle comprend le recomptage, la recherche de la pièce manquante, l'utilisation des technologies d'imagerie médicale, l'inscription des résultats divergents et la transmission de ces renseignements au chirurgien et aux autres prestataires de soins.

**Conseils :**

La procédure de consignation inclut l'inscription du résultat inexact sur la feuille de décompte, la préparation d'un rapport d'incident et l'inscription de toutes les mesures prises dans le dossier de l'utilisateur.



9.1.70 Le décompte est effectué, consigné et signé par au moins deux membres désignés de l'équipe.

**Conseils :**

Le document qui fait état du décompte est signé par tous les membres du personnel qui participent au décompte. Le nombre d'articles comptés doit faire l'objet d'un accord entre les membres désignés de l'équipe.



9.1.71 L'intégralité des renseignements qui figurent dans le dossier de l'utilisateur est validée en partenariat avec l'utilisateur, dont l'évaluation préopératoire ainsi que tous les résultats d'imagerie diagnostique pertinents.

**Conseils :**

L'information qui doit être confirmée avant l'intervention comprend l'anamnèse et l'examen physique, tous les rapports diagnostiques, les signes vitaux avant l'intervention, les allergies, la vérification que l'utilisateur n'a rien ingéré par voie orale, les prothèses auditives et autres, les lunettes, les dentiers, les médicaments, y compris les remèdes à base de plantes médicinales, et la présence de directives préalables, au besoin.



9.1.72 Un processus est suivi, en partenariat avec l'utilisateur, pour confirmer qu'il s'agit du bon site d'intervention.



### Conseils :

Une méthode utilisée pour éviter les erreurs liées au champ opératoire consiste à marquer le site de l'incision, mais il est critique d'adopter des pratiques uniformes pour marquer le site. L'identification et la vérification du champ opératoire sont une responsabilité d'équipe. Les risques d'effectuer une chirurgie au mauvais endroit augmentent :

- lorsqu'on ne réussit pas à encourager l'utilisateur à participer au processus;
- lorsque l'information est inexacte ou incomplète;
- lorsqu'il n'existe pas de processus de vérification structurés.

Le processus d'admission comprend des directives qui permettent aux membres de l'équipe de savoir à quel endroit et à quel moment ils devront marquer le champ opératoire ainsi que d'autres moyens de préciser l'emplacement du champ opératoire quand les usagers refusent qu'on marque leur peau ou si le champ opératoire n'est pas propice à ce qu'on y fasse une marque, comme dans le cas des muqueuses.

Les champs opératoires sont marqués par le chirurgien pendant que l'utilisateur est conscient et avec l'apport de l'utilisateur.



9.1.73 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.

### Conseils :

Les interventions chirurgicales s'avèrent un des éléments de plus en plus complexes des 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 :

- i. réunion préparatoire - avant l'induction de l'anesthésie;
- ii. temps d'arrêt préopératoire - avant l'incision;
- iii. compte rendu postopératoire - avant que le patient quitte la salle d'opération.

### Tests de conformité :

- 9.1.73.1 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.
- 9.1.73.2 La liste de contrôle est utilisée pour chaque intervention chirurgicale.
- 9.1.73.3 Un processus est en place pour vérifier le respect de la liste de contrôle.
- 9.1.73.4 L'utilisation de la liste de contrôle est évaluée et les résultats sont communiqués à l'équipe.
- 9.1.73.5 Les résultats de l'évaluation sont utilisés pour améliorer la mise en œuvre et élargir l'utilisation de la liste de contrôle.



- 9.1.74 Des lignes directrices et des plans standards d'intervention précis sont utilisés pour guider l'usager dans la préparation en vue de l'intervention et pendant la phase de récupération.

**Conseils :**

Les plans standards d'intervention sont constamment mis à jour pour refléter les nouvelles meilleures pratiques en vigueur pour la prestation de services périopératoires. Par exemple, afin de réduire les risques que survienne une infection du champ opératoire, les plans standards peuvent inclure (parmi les éléments du plan de soins) l'administration d'antibiotiques prophylactiques avant l'opération ou le contrôle postopératoire de la glycémie selon la nature de l'intervention et l'état de l'usager.

Bien qu'il n'existe pas nécessairement des lignes directrices et des plans de soins pour chaque intervention, le but consiste à favoriser la normalisation parmi l'ensemble des prestataires de services et des équipes, dans la mesure du possible. Dans le cas des organismes qui ont plusieurs établissements, les plans d'intervention devraient être uniformes d'un établissement à un autre.



- 9.1.75 Tous les bijoux, piercings, verres de contact, prothèses, dentiers et lunettes de l'usager sont enlevés avant l'intervention.

**Conseils :**

Le retrait des bijoux et des piercings, entre autres, avant l'intervention peut prévenir les infections et les complications durant l'intervention.



- 9.1.76 L'usager est installé de manière appropriée selon les limites physiques et les exigences peropératoires, et l'information sur le positionnement est consignée.

**Conseils :**

Les facteurs propres à l'usager qui ont une influence sur le positionnement comprennent son âge, sa taille et son poids, la condition de sa peau, son état nutritionnel, les troubles préexistants et les limites aux plans physiques ou de la mobilité.

Les facteurs peropératoires qui ont une influence sur le positionnement comprennent le type d'anesthésie utilisé, la durée de la chirurgie et la position appropriée en fonction de l'accès au champ opératoire.

La position de l'usager devrait correspondre à l'alignement anatomique et au fonctionnement physiologique adéquat afin d'assurer sa sécurité et son confort.

Des dispositifs de soutien, des coussinets, des dispositifs de retenue (p. ex., des ceintures, des courroies) et des lits conçus spécifiquement pour les chirurgies peuvent être utilisés pour assurer que l'usager est dans la bonne position.

L'information sur le positionnement de l'usager, y compris l'évaluation préopératoire, le type de position et tout changement de position, de même que les membres de l'équipe qui participent au positionnement de l'usager, est consignée dans le registre ou le dossier approprié et signé par les responsables du positionnement.



- 9.1.77 Les procédures établies pour le drapage sont suivies.

**Conseils :**

Lors de l'installation des draps chirurgicaux, les points suivants sont pris en compte:

- la taille du champ stérile;
- l'emplacement et la taille de l'incision;
- le nombre de membres de l'équipe présents;

- l'équipement et les instruments dans le champ opératoire.



9.1.78 Un processus est suivi pour préparer la peau de façon appropriée avant l'intervention.

**Conseils :**

La préparation de la peau devrait être effectuée avant le drapage.

La préparation de la peau comprend le nettoyage du champ opératoire et des régions avoisinantes, le rasage des poils (lorsque cela est nécessaire pour éviter d'affecter le champ opératoire) et l'application d'agents antiseptiques.

La préparation de la peau est consignée dans le dossier chirurgical.



9.1.79 Des mesures sont prises pour maintenir la température de l'usager pendant l'intervention.

**Conseils :**

Les mesures peuvent comprendre le fait de fournir des draps et des couvertures, de surveiller la température ou d'offrir un chauffage à air chaud pulsé.



9.1.80 Les signes vitaux de l'usager sont surveillés et consignés par des membres qualifiés de l'équipe avant et pendant l'intervention.

**Conseils :**

Par signes vitaux, on entend l'oxygénation, la ventilation, la circulation et la température.

Des appareils mécaniques ou électriques de surveillance qui assurent la sécurité de l'usager en émettant des alertes en cas de problèmes peuvent être utilisés, mais ils ne remplacent pas le suivi continu du personnel et des prestataires de soins cliniques.



9.1.81 Avant l'introduction des médicaments au champ stérile, tous les médicaments sont validés verbalement et visuellement par deux membres de l'équipe.

**Conseils :**

La vérification comprend la confirmation avec le médecin prescripteur des médicaments qui figurent sur la liste des préférences du chirurgien avant leur administration.



9.1.82 Les médicaments et les fournitures entreposés dans les chariots d'anesthésie sont standardisés.

**Conseils :**

La standardisation des médicaments dans le chariot d'anesthésie aide à réduire les erreurs liées à l'administration des médicaments. Elle assure l'uniformité et peut réduire les erreurs liées aux facteurs humains.

Les médicaments dans le chariot d'anesthésie devraient être organisés en fonction de l'ordre d'utilisation, de la fréquence d'utilisation, et de la gravité des préjudices qu'ils peuvent entraîner. Les médicaments dont l'apparence se ressemble devraient être rangés séparément.



9.1.83 Les médicaments sont introduits dans le champ stérile en ayant recours à des techniques d'asepsie.



9.1.84 Avant l'introduction du médicament, chaque médicament et chaque solution dans le champ stérile sont étiquetés.



9.1.85 Toute l'information sur les médicaments et solutions qui se trouvent dans le champ stérile au moment d'un remplacement à la pause ou d'un changement de quart de travail est communiquée aux autres membres pertinents de l'équipe.



9.1.86 Un processus indépendant de double vérification est effectué avant d'administrer les médicaments de niveau d'alerte élevé dans le champ stérile.

**Conseils :**

Les médicaments de niveau d'alerte élevé comportent un plus grand risque de causer des préjudices importants aux usagers s'ils sont administrés par erreur. Les médicaments de niveau d'alerte élevé peuvent comprendre les agents antithrombotiques, les agents adrénérgiques, les agents chimiothérapeutiques, les électrolytes concentrés, l'insuline, les narcotiques (opioïdes), les agents bloquants neuromusculaires et les agents sédatifs.

Une liste de médicaments de niveau d'alerte élevé qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration est établie par l'organisme.

Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'usager ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Par contre, cette méthode ne peut pas être utilisée pour vérifier la dose.



9.1.87 Tous les médicaments administrés sont consignés.



9.1.88 Tous les contenants de médicaments dans le champ stérile sont conservés jusqu'à la fin de l'intervention.



9.1.89 L'usager est surveillé pendant et immédiatement après l'administration de l'anesthésie, conformément aux procédures de l'organisme.



9.1.90 Les variables physiologiques contrôlées durant l'intervention sont consignées dans le dossier de l'usager par des membres qualifiés de l'équipe.



9.1.91 Tous les détails sur l'administration d'anesthésiants, y compris tout événement inhabituel survenu pendant la période d'anesthésie, la durée de l'anesthésie et l'état de l'usager après l'anesthésie sont consignés au dossier de l'usager.



9.1.92 Un code vestimentaire est suivi dans le bloc opératoire.



9.1.93 Les procédures sur le frottage des mains et sur le port de la blouse et des gants sont suivies.



9.1.94 Des antibiotiques prophylactiques sont administrés par des membres qualifiés de l'équipe dans le délai approprié.

**Conseils :**

Les antibiotiques préopératoires réduisent les risques d'infection du champ opératoire. Les cas dans lesquels les antibiotiques prophylactiques ne sont pas administrés sont consignés.



9.1.95 Des techniques d'asepsie sont utilisées en tout temps pendant l'intervention.

**Conseils :**

Les techniques d'asepsie servent à établir un champ stérile, à assurer la délivrance de fournitures stériles, à maintenir un champ stérile et à disposer d'une zone stérile pour le rangement du matériel.



- 9.1.96 Les draps souillés, les matières infectieuses et les déchets dangereux sont manipulés de façon appropriée.

**Conseils :**

La manipulation appropriée du matériel contaminé et des matières infectées permet de prévenir les risques d'exposition et d'infection des personnes présentes dans la salle d'opération ou salle d'intervention. La manipulation comprend la collecte, le rangement, le transport et la mise au rebut.



- 9.1.97 Un système d'évacuation de la fumée est utilisé lorsqu'une source d'énergie qui produit un panache de fumée (p. ex., appareil d'électrochirurgie) est en fonction.

**Conseils :**

La fumée chirurgicale (ou « panache ») est générée par des instruments tels que des lasers et des appareils d'électrochirurgie. Les panaches de fumée peuvent contenir des gaz et des vapeurs toxiques, ainsi que des virus.



- 9.1.98 Seuls des produits souples radio-opaques (p. ex., des éponges et des serviettes) sont utilisés dans le champ opératoire.

**Conseils :**

L'utilisation de marqueurs radio-opaques réduit les risques de corps étrangers oubliés en facilitant l'identification et l'emplacement des articles.



- 9.1.99 Le décompte des éponges, des objets pointus et tranchants ainsi des instruments est consigné dans le dossier de l'usager.



- 9.1.100 Les prothèses ou les implants utilisés pendant l'intervention sont consignés dans le dossier de l'usager.

**Conseils :**

La documentation devrait comprendre la quantité, la taille et le type de prothèse ou d'implant, le nom du fabricant, le numéro de lot, le numéro de série, la date de péremption ainsi que le champ opératoire et la latéralité.



- 9.1.101 Les usagers et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins.

**Conseils :**

Le milieu encourage les usagers et les familles à prendre une part active dans leurs soins, à poser des questions et à émettre des commentaires à toutes les étapes du processus de soins.



- 9.1.102 La capacité de chaque usager de participer à ses soins est déterminée en partenariat avec l'usager et sa famille.

**Conseils :**

La capacité de participer à ses propres soins diffère pour chaque usager. À chaque étape du processus de soins, le membre approprié de l'équipe travaille avec l'usager, la famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'usager pour déterminer la

quantité et le type d'information dont l'utilisateur ou la famille a besoin pour participer à ses soins de façon significative. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.



9.1.103 Les souhaits de l'utilisateur quant à la participation de la famille à ses soins sont respectés.

**Conseils :**

L'équipe trouve des façons d'inclure des membres du réseau de soutien de l'utilisateur à ses soins.

Si une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur ou un membre de sa famille participe à la prise de décisions, les lois en vigueur sont respectées. Il existe un processus pour régler les conflits entre l'utilisateur et la famille concernant le niveau souhaité de participation.



9.1.104 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en œuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.

**Conseils :**

Les usagers admis à l'hôpital présentent un risque accru de faire une chute et de se blesser, puisqu'ils se retrouvent dans un milieu qui ne leur est pas familier en plus de devoir s'adapter à un changement au niveau de leur fonctionnement physique ou cognitif (Stephenson et coll., 2016). La réduction des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les usagers et réduire la durée de l'hospitalisation et les coûts.

Pour être efficaces, la prévention des chutes et la réduction des blessures exigent une approche interdisciplinaire et le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre en œuvre une approche coordonnée de prévention des chutes et de réduction des blessures dans l'organisme, tout en reconnaissant les besoins uniques dans les différents services. Il est aussi utile de désigner des personnes pour faciliter la mise en place de cette approche.

Les organismes devraient déterminer et adopter des précautions pour tous les usagers, peu importe les risques de chutes. L'acronyme SAFE (sécurité des lieux, assistance à la mobilité, facteurs de risque réduits et enseignement au client et à sa famille) décrit les quatre stratégies clés des précautions universelles de prévention des chutes. La directive de l'Institute for Clinical Systems Improvement (2012) recommande pour sa part les interventions universelles suivantes : familiariser l'utilisateur avec le milieu; placer les boutons d'appel à un endroit atteignable en tout temps et observer la façon dont les usagers les utilisent; garder les biens personnels à portée des usagers; installer des rampes solides dans les salles de bain, les chambres et les couloirs; garder les lits à faible hauteur et bloquer les freins; fournir des chaussures antidérapantes bien ajustées aux usagers; utiliser des veilleuses ou un éclairage d'appoint; garder le sol propre et sec; nettoyer rapidement tous les liquides renversés; garder en ordre les aires où les soins sont dispensés. Il est important d'établir des précautions qui correspondent au milieu clinique et aux besoins des usagers de ce milieu.

De la formation sur l'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures, sur les précautions universelles et sur les stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures est régulièrement offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles. De l'information facile à comprendre est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour leur donner les moyens d'assumer un rôle actif dans la prévention des chutes et la réduction des blessures.

Il est important d'évaluer régulièrement si les activités de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes ont ou non les répercussions escomptées et si elles répondent aux besoins des usagers, familles et membres de l'équipe. Divers moyens permettent d'évaluer l'efficacité, qu'il s'agisse de discussions

spontanées, d'entrevues, de sondages ou de vérifications. Des initiatives d'évaluation de l'amélioration de la qualité et des réunions de bilan après les chutes peuvent aussi contribuer à cerner les lacunes en matière de sécurité, à éviter que les chutes se produisent à nouveau ou à réduire les blessures causées par les chutes.

**Tests de conformité :**

- 9.1.104.1 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les blessures causées par les chutes.
- 9.1.104.2 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.
- 9.1.104.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.



- 9.1.105 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.

**Conseils :**

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan d'intervention interdisciplinaire que ce soit vers la maison, une autre équipe, un autre niveau de soins ou qu'il s'agisse de la fin des services, améliore la coordination entre les équipes et les organismes partenaires et aide à préparer l'usager pour la fin des services. La participation de l'usager à la planification de la fin des services assure que l'usager et la famille sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition de l'usager, de même que ses besoins et préférences après les soins font partie du plan d'intervention interdisciplinaire. La discussion peut comprendre le suivi après les soins, la capacité relative à l'auto-administration des soins, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



- 9.1.106 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.



- 9.1.107 L'état de santé de l'usager est réévalué en partenariat avec l'usager, et des mises à jour sont consignées dans son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état de santé.

**Conseils :**

Le fait de ne pas signaler un changement dans l'état de l'usager ou de tarder à le faire, en particulier lorsqu'il y a une détérioration de son état, constitue un obstacle important à la prestation de soins et de services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans l'état de santé de l'usager est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.



- 9.1.108 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

**Conseils :**

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication (comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins posthospitaliers, la relecture et la reformulation) favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente et des outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisme. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisme. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les familles de répéter l'information. Les usagers et les familles ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

#### Tests de conformité :

- 9.1.108.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 9.1.108.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 9.1.108.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 9.1.108.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 9.1.108.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:
  - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
  - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
  - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).



- 9.1.109 L'utilisateur est observé de façon continue par au moins un membre de l'équipe de professionnels au cours de son transfert de la salle d'opération ou d'intervention vers l'équipe de récupération qui doit l'accueillir.

#### Conseils :

Une observation continue permet de déceler rapidement les réactions post-chirurgicales et postanesthésiques.



- 9.1.110 Toute l'information préopératoire et périopératoire de l'utilisateur est communiquée par l'équipe de la salle de chirurgie ou d'intervention à l'équipe qui va l'accueillir.



**Conseils :**

Il a été démontré que les mauvaises communications ou le manque de communication entre les membres de l'équipe collaborative sont une des principales causes de problèmes liés à la sécurité des usagers. Les communications précises et en temps opportun doivent être considérées comme une priorité pour promouvoir la continuité des soins et prévenir les incidents liés à la sécurité des usagers.

La communication d'information au sujet de l'utilisateur comprend un rapport verbal complet et le transfert de documents (p. ex., le dossier de l'utilisateur).



- 9.1.111 L'utilisateur est observé de façon continue pendant qu'il récupère à la suite de l'intervention, et ses signes vitaux et toutes autres observations sont fréquemment consignés.

**Conseils :**

Les usagers sont surveillés selon ce qui est approprié en fonction de leur état et de leurs signes vitaux, conformément aux normes appropriées. L'oxygénation, la ventilation, la circulation et la température, notamment, sont surveillées.



- 9.1.112 Des critères normalisés sont utilisés pour déterminer si un usager peut recevoir son congé de la salle de réveil.

**Conseils :**

La planification des congés commence à l'admission de sorte que les transitions soient plus faciles pour les usagers et que le processus soit plus efficace.

Des échelles sont utilisées pour déterminer si l'utilisateur est prêt pour son congé.



- 9.1.113 Quand l'utilisateur est transféré à un niveau de soins différent, les directives concernant les soins postopératoires et l'importance de suivre ces directives sont discutées avec l'utilisateur, la famille et l'équipe soignante.

**Conseils :**

Les directives sont transmises sous forme écrite et verbale en ayant recours à un vocabulaire que l'utilisateur comprend bien, et elles sont consignées à son dossier.

Les directives sur les soins postopératoires peuvent englober de l'information sur les médicaments, l'utilisation sécuritaire et efficace de l'équipement médical, le soulagement de la douleur, les saignements, les soins à donner à la région opérée, ainsi que de l'information sur la façon dont les effets de l'anesthésie générale peuvent affecter le jugement. Les directives comprennent la façon de joindre l'équipe si l'utilisateur a des questions ou des préoccupations à lui communiquer.

Les usagers qui reçoivent leur congé et qui retournent dans la communauté sont accompagnés par une personne responsable.



- 9.1.114 Lorsqu'un usager est transféré à un autre service ou à un autre organisme, ou qu'il retourne à la maison, les changements apportés aux médicaments sont discutés avec l'utilisateur et la famille, puis communiqués au prochain prestataire de soins.



- 9.1.115 Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition de l'utilisateur, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.

**Conseils :**

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible dans le cadre du processus de soins. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour l'utilisateur sont déterminés. Certains facteurs ont une influence sur la capacité de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, comme

l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisme.



- 9.1.116 Les usagers sont responsabilisés de manière à gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.

**Conseils :**

L'enseignement qui favorise la responsabilisation et aide les usagers à gérer eux-mêmes une maladie chronique peut comprendre la planification de mesures, l'imitation de comportement, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation, les techniques de gestion des symptômes, des facteurs de risque, de la fatigue et du sommeil, l'utilisation des médicaments, la gestion des émotions, les changements sur le plan de la cognition et de la mémoire, la formation en communication avec des professionnels de la santé et d'autres personnes, ainsi que la résolution de problèmes et la prise de décisions liées à des questions de santé.

Des outils et des ressources sont offerts aux usagers pour les aider à gérer eux-mêmes leur état de santé. Ils sont adaptés aux besoins de chaque usager. Par exemple, les outils peuvent être modifiés en fonction de leur degré de compréhension, de leur niveau d'alphabétisation, de leur invalidité, ainsi que de leur langue et de leur culture.



- 9.1.117 Un processus est en place pour confirmer que l'utilisateur, la famille ou le soignant comprend les directives concernant les soins postopératoires.



- 9.1.118 Le plan postopératoire est mis à jour dans le dossier de l'utilisateur.



- 9.1.119 Les services pertinents de suivi pour l'utilisateur, le cas échéant, sont coordonnés en collaboration avec l'utilisateur, la famille, d'autres équipes et organismes.

**Conseils :**

La responsabilité entourant les soins se poursuit jusqu'à ce que le service ait pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre organisme.

Les services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extra-hospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile à l'utilisateur contribue à ce que ce dernier reçoive les services les plus appropriés à l'endroit le plus adéquat, et réduit au minimum les transferts inutiles et les solutions temporaires.

Pour veiller à ce que les usagers reçoivent des soins continus et ininterrompus, le placement et le suivi comprennent un processus pour les cas où la transition ne se passe pas comme prévu.



- 9.1.120 Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.

**Conseils :**

S'il a été décidé qu'un suivi est nécessaire, le type et la méthode de suivi qui conviennent sont déterminés. Cela comprend les responsabilités de l'équipe, par exemple, le suivi des tests, l'acheminement de l'utilisateur vers un organisme partenaire, l'établissement d'un calendrier pour les communications de suivi avec l'utilisateur ou pour lui rappeler un rendez-vous. Cela comprend aussi les responsabilités de l'utilisateur, comme assurer un suivi avec les autres prestataires de soins (p. ex. soins primaires ou centre de santé

communautaire), signaler une aggravation ou un changement des symptômes et prendre les médicaments selon les ordonnances.

Un outil d'évaluation normalisé est utilisé pour évaluer le risque de réadmission après la fin des services.



- 9.1.121 Un processus est en place pour assurer un suivi auprès des usagers de la clinique de chirurgie d'un jour.

**Conseils :**

Les appels ou les rendez-vous de suivi à l'intention des usagers après une chirurgie d'un jour sont prévus en fonction de l'intervention effectuée et de l'état de l'usager.



- 9.1.122 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

À intervalles réguliers, un échantillon d'usagers, de familles ou d'organismes vers lesquels ils ont été acheminés est contacté pour déterminer l'efficacité de la transition ou de la fin des services, connaître l'opinion et les préoccupations des usagers après la transition et vérifier si les plans de suivi sont respectés. L'évaluation des transitions représente une occasion de vérifier que les besoins de l'usager et de la famille ont été satisfaits et que leurs préoccupations ou leurs questions ont été abordées.

La rétroaction des usagers et l'ensemble des résultats de l'évaluation sont partagés avec le personnel d'encadrement et le conseil d'administration de l'organisme, et l'information est utilisée pour améliorer les transitions.



- 9.1.123 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.

**Conseils :**

La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions prévues, les consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.

L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).

L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de

critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires (services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.

#### Tests de conformité :

- 9.1.123.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- 9.1.123.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 9.1.123.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 9.1.123.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 9.1.123.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 9.1.123.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 9.1.123.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 9.1.123.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

## 9.2 Prévention et contrôle des infections - Services interventionnels et périchirurgicaux

- 9.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

#### Conseils :

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit



le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

#### Tests de conformité :

**9.2.1.1** La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :

- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
- mesurer l'utilisation d'un produit;
- inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
- évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

**9.2.1.2** Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

**9.2.1.3** Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

**9.2.2** La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

#### Conseils :

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes d'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les



facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit:

- avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

**Tests de conformité :**

**9.2.2.1** Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



9.2.3 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

**Conseils :**

Les usagers, les familles et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres.



9.2.4 Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.

**Conseils :**

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.



9.2.5 Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.



9.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.

**Conseils :**

Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.



- 9.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

**Conseils :**

Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).



- 9.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.

**Conseils :**

Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.



- 9.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

**Conseils :**

Par exemple, l'organisme peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.



- 9.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.

**Conseils :**

Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.





- 9.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.

**Conseils :**

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination



ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

### 9.3 Gestion des médicaments - Services interventionnels et périchirurgicaux

- 

 9.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.


#### Conseils :


Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.

- 

 9.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.

#### Conseils :


L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).


- 
 9.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.


- 
 9.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.

#### Conseils :

Par exemple, l'utilisateur peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.

- 
 9.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.












- 
 9.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.

- 
 9.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.

#### Conseils :

Les critères de sélection englobent la capacité de l'utilisateur à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.



-  9.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.
- Conseils :**
- Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'utilisateur dans un tiroir verrouillé.
-  9.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.
-  9.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.
- Conseils :**
- Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.
-   9.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'utilisateur avant son administration.
-   9.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.
- Conseils :**
- La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'utilisateur ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.
-  9.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'utilisateur l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.
- Conseils :**
- Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'utilisateur a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.
-   9.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.
- Conseils :**
- Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'utilisateur. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.
-  9.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque usager sont surveillés et consignés.

**Conseils :**

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



- 9.3.16 Chaque usager est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



- 9.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des usagers afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

**Conseils :**

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



- 9.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux usagers et aux familles les incidents liés à la sécurité des usagers sont respectées.

**9.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services interventionnels et périchirurgicaux**


- 9.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

**Conseils :**

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.



- 9.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

**Conseils :**

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.



- 9.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

## Chapitre 10 : Services de soins ambulatoires

Les services de soins ambulatoires sont dédiés à la prestation des soins spécifiques à une maladie ou des soins épisodiques offerts généralement en consultation externe et qui viennent appuyer les soins primaires.<sup>13</sup>

### 10.1 Épisode de soins - Services de soins ambulatoires



10.1.1 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.

#### Conseils :

Les demandes de services peuvent provenir des usagers, des familles, d'autres équipes ou d'organismes qui acheminent des usagers. Il peut y avoir différents processus pour répondre à une demande selon le demandeur et les services demandés.

Les demandes de services, le processus pour répondre à ces demandes et ce qu'on entend par « en temps opportun » varieront selon le type de service offert.

La capacité de répondre aux demandes est évaluée en fixant des délais de réponse aux demandes de services et en surveillant ces délais de même qu'en recueillant la rétroaction des usagers et des familles, des organismes qui acheminent des usagers ainsi que des autres équipes.



10.1.2 Lorsque des rendez-vous pour les services sont fixés, un ensemble de critères est utilisé et on recueille des commentaires de manière à répondre d'abord aux usagers dont les besoins sont les plus urgents.

#### Conseils :

L'horaire de rendez-vous est conçu de manière à permettre l'addition de rendez-vous le jour même pour les cas urgents.



10.1.3 Lorsque les rendez-vous pour les services sont fixés, l'organisation de multiples services la même journée pour un même usager est coordonnée avec les autres secteurs de services dans l'organisme, en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.

#### Conseils :

Cela est particulièrement important pour les usagers qui vivent loin de l'organisme et qui doivent prendre des arrangements pour leur transport afin de se rendre à chacun de leurs rendez-vous.

Un processus permet de déterminer si la demande pour les services d'autres départements dans le même organisme a été faite, par exemple, une case à cocher sur le formulaire de requête.



10.1.4 Le nombre d'usagers qui ne se présentent pas aux rendez-vous prévus fait l'objet d'un suivi et des stratégies sont mises en place pour améliorer les présences avec l'apport des usagers et de leur famille.

#### Conseils :

Des stratégies pour accroître la présence aux rendez-vous peuvent inclure le fait de parler directement aux usagers au moment de fixer l'heure du rendez-vous et de

<sup>13</sup> HSO Soins ambulatoires, 2018. HSO 34004 :2018

confirmer l'heure du rendez-vous un ou deux jours avant le rendez-vous à l'aide d'un système de rappel.



- 10.1.5 Le temps pendant lequel les usagers doivent attendre pour obtenir des services à partir du moment auquel le rendez-vous était prévu fait l'objet d'un suivi et des mesures sont prises pour réduire le plus possible ce temps.

**Conseils :**

Parmi les stratégies utilisées, on peut échelonner les heures de rendez-vous ou tenter de communiquer avec les usagers lorsqu'il y a d'importants délais.



- 10.1.6 Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un usager potentiel, l'accès à un autre service est facilité.

**Conseils :**

Dans le cas où l'organisme ne peut répondre aux besoins d'un usager, les raisons sont expliquées et l'accès à d'autres services est facilité. L'information est consignée en vue d'être utilisée dans la planification des services.



- 10.1.7 La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les usagers en se présentant et en expliquant leur rôle, en demandant la permission avant d'effectuer une tâche, en expliquant ce qu'ils font, en parlant d'un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations ou en rassurant les usagers, en leur permettant de poser des questions ou d'émettre des commentaires, en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses ou leur style de vie, et en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.



- 10.1.8 Les usagers et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins.

**Conseils :**

Le milieu encourage les usagers et les familles à prendre une part active dans leurs soins, à poser des questions et à émettre des commentaires à toutes les étapes du processus de soins.



- 10.1.9 La capacité de chaque usager de participer à ses soins est déterminée en partenariat avec l'usager et sa famille.

**Conseils :**

La capacité de participer à ses propres soins diffère pour chaque usager. À chaque étape du processus de soins, le membre approprié de l'équipe travaille avec l'usager, la famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'usager pour déterminer la quantité et le type d'information dont l'usager ou la famille a besoin pour participer à ses soins de façon significative. Cette information est également consignée dans le dossier de l'usager.



- 10.1.10 Les souhaits de l'usager quant à la participation de la famille à ses soins sont respectés.

**Conseils :**

L'équipe trouve des façons d'inclure des membres du réseau de soutien de l'usager à ses soins.

Si une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur ou un membre de sa famille participe à la prise de décisions, les lois en vigueur sont respectées. Il existe un processus pour régler les conflits entre l'utilisateur et la famille concernant le niveau souhaité de participation.



- 10.1.11 Des renseignements précis et complets sont communiqués à l'utilisateur et à la famille en temps opportun tout en respectant le souhait de l'utilisateur de prendre part à la prise de décision.

**Conseils :**

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle à un choix éclairé et à une prise de décisions conjointe entre les usagers, les familles et l'équipe. Les renseignements sont transmis selon les besoins et intérêts de la personne et en fonction de son niveau de compréhension.

Les usagers et les familles sont mis au courant des risques et bienfaits des soins, des rôles et responsabilités de l'utilisateur dans la prestation des services, ainsi que des avantages, des limites et des résultats possibles des interventions ou services proposés, de la façon de se préparer aux tests et aux traitements, de la disponibilité de services de counseling et de groupes de soutien ainsi que de la façon de joindre les membres de l'équipe en cas d'urgence ou de situation de crise.

Divers niveaux et types de renseignements sont offerts à différentes étapes de la prestation des soins pour répondre aux besoins et aux souhaits de l'utilisateur quand cela est possible. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission (p. ex., les sujets graves exigent une approche plus structurée).



- 10.1.12 L'équipe s'assure que l'utilisateur et la famille comprennent bien l'information concernant les soins.

**Conseils :**

Au moment de fournir de l'information aux usagers et aux familles, le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, l'invalidité ainsi que la langue et la culture sont pris en compte.

Les processus utilisés pour vérifier que les usagers ont bien compris l'information sont, entre autres, les suivants : encourager les usagers à poser des questions et accorder du temps à cet effet; demander à l'utilisateur de répéter l'information fournie; s'assurer que la communication s'effectue dans la même langue que celle de l'utilisateur, tout en respectant sa culture, dans la mesure du possible; utiliser des supports visuels ou vidéo, dans la mesure du possible; et, établir un échange continu pendant lequel l'équipe confirme fréquemment que l'utilisateur a bien compris l'information fournie.



- 10.1.13 Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et à leurs familles.

**Conseils :**

Le matériel écrit est offert dans les langues parlées couramment au sein de la communauté, s'il y a lieu. Des services d'interprétation sont disponibles si les usagers ou les familles en ont besoin, dans la mesure du possible.



- 10.1.14 La capacité de l'utilisateur à fournir un consentement éclairé est évaluée.

**Conseils :**

L'évaluation de la capacité de l'utilisateur à fournir son consentement est un processus continu. Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre l'information pertinente à la prise de décisions, de prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et de comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier.

Les lois régionales et nationales sont respectées en ce qui concerne le travail auprès des enfants et des jeunes. Dans les cas où les usagers sont des personnes âgées, des mineurs ou des personnes jugées incapables de donner un consentement, ceux-ci participent le plus possible aux décisions concernant leurs services, et l'équipe accorde de l'importance à leurs questions et à leurs commentaires.



- 10.1.15 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.

**Conseils :**

Le consentement éclairé consiste à examiner l'information sur les services avec l'utilisateur, sa famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur; à l'informer des possibilités qui s'offrent à lui et à lui laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de lui demander son consentement. Il consiste aussi à respecter les droits, la culture et les valeurs de l'utilisateur, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment, et à inscrire sa décision dans son dossier. Le processus de consentement est continu.

Il y a consentement tacite quand on offre des services pour lesquels il n'est pas nécessaire d'obtenir un consentement écrit, comme quand les usagers arrivent pour un rendez-vous ou un cours, qu'on vérifie leur tension artérielle, qu'ils présentent leur bras pour une prise de sang, qu'ils arrivent par le biais des services médicaux d'urgence ou quand leur vie est menacée ou que leur état est urgent et exige une réanimation immédiate.



- 10.1.16 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.

**Conseils :**

Une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur est consultée lorsqu'il est incapable de prendre une décision, et les directives préalables sont utilisées, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits de l'utilisateur. Dans ce cas, la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur reçoit de l'information sur ses rôles et ses responsabilités, et on lui donne l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de discuter des possibilités qui s'offrent à l'utilisateur. La personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur peut être désignée selon la loi ou peut être un défenseur des droits des usagers, un membre de la famille, un tuteur ou un aidant.

Si le consentement est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, son nom, son lien avec l'utilisateur, ainsi que la décision prise sont inscrits dans le dossier de l'utilisateur.

Lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes, le consentement éclairé est donné par l'enfant, le jeune, la famille ou le tuteur et inscrit au dossier avant la prestation des services. Le processus de consentement utilisé prévoit de les faire participer le plus possible à la prise de décisions à propos d'un service, d'une intervention ou d'un traitement, et d'accorder de l'importance à leurs opinions et à leurs questions.



- 10.1.17 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.

**Conseils :**

Il existe un processus structuré d'examen des questions d'éthique pour déterminer les cas où l'on peut faire participer un usager à une activité de recherche. Les activités de recherche peuvent comprendre des essais cliniques, l'évaluation de nouveaux protocoles ou de changements apportés à des protocoles existants. Les usagers et les familles participent à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche participatifs,

le cas échéant (p. ex. à la collecte de données qualitatives pour des initiatives d'amélioration de la qualité).



10.1.18 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.

**Conseils :**

Les questions d'éthique sont soulevées quand des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être très graves, il peut s'agir de question de vie ou de mort ou de questions liées aux activités quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre à risque, le triage des membres de la communauté durant une situation d'urgence, les demandes de retrait de certains services spécifiques ou la fin des services, dont les services de soutien et de maintien artificiel de la vie, et les soins en fin de vie, en sont des exemples.

Le cadre d'éthique de l'organisme est utilisé pour gérer et régler les questions d'éthique. Elles peuvent être prises en charge par un comité d'éthique ou une équipe de consultation qui peut comprendre des professionnels de la santé, des membres du clergé ou des éthiciens. En plus d'offrir des consultations cliniques, le comité d'éthique peut prendre part à l'examen des politiques et à la sensibilisation à l'éthique.

Les questions d'éthique liées à des usagers précis sont consignées au dossier des usagers concernés.



10.1.19 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.

**Conseils :**

Les droits des usagers et des familles comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment l'information sur l'utilisateur sera utilisée, le droit d'avoir accès à leur dossier et à l'information qui les concerne, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles ainsi que le droit de prendre des risques et de ne subir aucun mauvais traitement, aucune exploitation et aucune discrimination.

Les droits des usagers et des familles en matière de prestation de services englobent le droit de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation d'un service; de prendre part à tous les aspects d'un service et de faire des choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation du service; de remettre en question une décision relative au plan d'intervention interdisciplinaire ou de déposer une plainte; de participer ou de refuser de participer à une recherche ou à des essais cliniques; de recevoir des services sûrs et offerts par des personnes compétentes; et, de faire part de ses inquiétudes quant à la qualité d'un service.

Les responsabilités de l'utilisateur et de la famille comprennent le fait de traiter les autres avec respect, de fournir de l'information exacte, de signaler les risques pour la sécurité et de se conformer aux règles et aux règlements.

L'information est fournie à l'accueil ou à l'admission. Elle est adaptée aux divers besoins comme la langue, la culture, le niveau de scolarité, le style de vie et les déficiences physiques ou mentales. Si l'information ne peut être fournie à l'utilisateur et à la famille à l'accueil, elle est offerte par la suite dans les meilleurs délais.



10.1.20 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.



10.1.21 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Un milieu où les usagers, les familles et les membres de l'équipe sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes est favorisé. L'organisme fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les familles peuvent obtenir des conseils ou une consultation. En cas d'utilisation de dossiers de santé électroniques, il existe un processus pour recevoir les plaintes et les questions des usagers au sujet de la confidentialité des dossiers électroniques, et pour y donner suite.

Les allégations présentées par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi réglées.



10.1.22 Les données personnelles de l'utilisateur sont recueillies au moment de la prise en charge.



10.1.23 Les données sur l'état de santé et les antécédents médicaux de l'utilisateur sont recueillies au moment de la prise en charge afin de déterminer les services requis pour ce dernier.



10.1.24 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identifiants uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.

**Conseils :**

Le fait d'utiliser des identifiants uniques à la personne pour confirmer que l'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 identifiants uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'utilisateur. Voici des exemples d'identifiants uniques à la personne : nom complet de l'utilisateur, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'utilisateur, la reconnaissance du visage peut être un des identifiants uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identifiant unique à l'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 famille.

L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec l'utilisateur et la famille en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identifiants (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les familles ne peuvent pas fournir cette information, les autres identifiants peuvent inclure les bracelets identifiants, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identifiants uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

**Tests de conformité :**

**10.1.24.1** Au moins deux identifiants 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 familles.



10.1.25 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent :

- les antécédents médicaux;



- les allergies;
- le profil pharmaceutique;
- l'état de santé;
- l'état nutritionnel;
- les besoins en matière de soins palliatifs;
- les besoins alimentaires.

Les éléments relatifs à la santé psychosociale comprennent :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et des aidants naturels;
- les aptitudes à communiquer et à prendre soin de soi ainsi que 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 socio-économique;
- les croyances et les besoins d'ordre culturel et spirituel.



10.1.26 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Le processus d'évaluation est aussi simplifié que possible, afin que les usagers n'aient pas à répéter l'information aux nombreux prestataires ou membres de l'équipe. S'il y a lieu, une évaluation interdisciplinaire ou collaborative peut être effectuée avec l'utilisateur, la famille et les membres appropriés de l'équipe.



10.1.27 Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis à l'utilisateur sont déterminés en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences de l'utilisateur comme défini dans son évaluation sont utilisés pour élaborer les objectifs des services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières de l'utilisateur, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres organismes qui offrent des services à l'utilisateur.



10.1.28 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

**Conseils :**

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider l'équipe à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils d'évaluation normalisés comporte des avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont une meilleure efficacité, une collecte de renseignements d'une plus grande exactitude, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

Les outils d'évaluation normalisés utilisés varieront selon les besoins de l'utilisateur et selon le type et la gamme de services fournis. Les outils d'évaluation normalisés utilisés sont éclairés par des données probantes et utiles pour les services fournis.



10.1.29 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.

#### Conseils :

Les soins ambulatoires englobent une vaste gamme de services qui sont offerts à de nombreuses populations d'usagers. Par conséquent, il est important de se concentrer sur l'établissement du bilan comparatif des médicaments des usagers pour lesquels la gestion des médicaments est une composante majeure des soins. Les organismes devraient déterminer et consigner quelles cliniques de soins ambulatoires doivent répondre aux exigences liées au bilan comparatif des médicaments, en gardant en tête que le jugement clinique devrait toujours être pris en considération dans la gestion des médicaments des usagers.

Le bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) qui comprend la liste de tous les médicaments (notamment les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments) que l'utilisateur prend. Le MSTP précise également le mode d'administration, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la concentration, s'il y a lieu. Pour produire le MSTP, il faut poser des questions à l'utilisateur, à la famille ou au soignant et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical antérieur de l'utilisateur ou un pharmacien communautaire. Une fois produit, le MSTP est un outil de référence important pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.

Les listes de médicaments recueillies sont comparées et lorsque des divergences sont décelées, elles sont résolues par le prescripteur principal, celui pouvant provenir de l'équipe ou d'ailleurs. Le prescripteur indique les médicaments qu'il faudrait continuer de prendre, arrêter de prendre, ou changer et les raisons de le faire.

Les usagers devraient être considérés comme des partenaires actifs dans la gestion de leurs médicaments et ils devraient recevoir les renseignements sur les médicaments qu'ils devraient prendre dans un format et un langage qu'ils peuvent comprendre. Les usagers devraient être encouragés à conserver une liste de médicaments à jour et à en faire part à leurs prestataires de soins.

#### Tests de conformité :

- 10.1.29.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.
- 10.1.29.2 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.
- 10.1.29.3 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.
- 10.1.29.4 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.
- 10.1.29.5 Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à

domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre.



- 10.1.30 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.

**Conseils :**

Les organismes devraient déterminer et adopter des précautions pour tous les usagers, peu importe les risques de chutes. L'acronyme SAFE (sécurité des lieux, assistance à la mobilité, facteurs de risque réduits et enseignement au client et à sa famille) décrit les stratégies clés des précautions universelles de prévention des chutes. Voici des exemples de précautions universelles de prévention des chutes : familiariser l'utilisateur avec les nouveaux milieux; placer les boutons d'appel à un endroit accessible en tout temps (p. ex. dans la salle de bain); installer des rampes solides dans les salles de bain, les chambres et les couloirs; utiliser des veilleuses ou un éclairage d'appoint; fournir des chaises qui conviennent aux usagers ayant une mobilité réduite; avoir des aides à la mobilité disponibles adaptées aux usagers desservis; garder le sol propre et sec; nettoyer rapidement tous les liquides renversés et garder en ordre les couloirs et les aires où les soins sont dispensés. Il est important d'établir des précautions qui correspondent au milieu clinique et aux besoins des usagers de ce milieu, y compris leur droit de vivre de façon risquée.



- 10.1.31 Les préférences de l'utilisateur et les options relatives aux services sont discutées dans le cadre de l'évaluation, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, de même que les différentes options possibles pour ses soins et services, sont discutés avec l'utilisateur et la famille. L'équipe et l'utilisateur s'engagent dans une prise de décisions conjointe qui tient compte des préférences de l'utilisateur, des résultats attendus et des risques et bienfaits liés aux options.

Par exemple, diverses stratégies de gestion de la douleur peuvent faire l'objet de discussions, comme les analgésiques, ce qui comprend les opioïdes et les adjuvants, de même que les interventions d'ordre physique, comportemental et psychosocial, et l'utilisateur peut choisir l'option qu'il préfère.

Les possibilités d'auto-soins, la vie privée, les visiteurs, les traitements, les tests et les soins personnels comme ceux liés au sommeil, au bain et à l'alimentation comptent parmi les autres préférences discutées.



- 10.1.32 Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.



- 10.1.33 Les résultats de l'évaluation sont communiqués à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe en temps opportun et de manière facile à comprendre.

**Conseils :**

La communication des résultats des évaluations, lorsque nécessaire, améliore la clarté et évite la répétition. Pour que l'information soit facile à comprendre, les renseignements sont adaptés au niveau d'alphabétisme de l'utilisateur, à sa langue et à sa culture.



- 10.1.34 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.

**Conseils :**

Le plan d'intervention interdisciplinaire repose sur les résultats de l'évaluation de même que sur les objectifs et les résultats attendus des services. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des autres membres de l'équipe, d'autres organismes, ainsi que des usagers et des familles. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents de l'usager, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments, y compris les problèmes ou les réactions indésirables liés aux médicaments.

Le plan comprend le lieu de prestation et la fréquence des services, les délais avant le début des services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des services, la façon dont sera évaluée l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.



- 10.1.35 L'état de santé de l'usager est réévalué en partenariat avec l'usager, et des mises à jour sont consignées dans son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état de santé.

**Conseils :**

Le fait de ne pas signaler un changement dans l'état de l'usager ou de tarder à le faire, en particulier lorsqu'il y a une détérioration de son état, constitue un obstacle important à la prestation de soins et de services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans l'état de santé de l'usager est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.



- 10.1.36 Les progrès de l'usager par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'usager, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.

**Conseils :**

La consignation des progrès de l'usager par rapport aux objectifs est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle inclut l'usager et sa famille. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés, la discussion avec les usagers et les familles et l'observation.



- 10.1.37 Les usagers et les familles ont accès à des services psychosociaux et de soutien.

**Conseils :**

Le soutien émotionnel et le counseling peuvent aider les usagers et les familles à composer avec les besoins et les problèmes en matière de santé. Le soutien peut viser à aider les usagers à composer avec un diagnostic, avec la prise de décisions ou avec les effets secondaires; il peut également être axé sur des questions d'éthique précises comme les directives préalables.



- 10.1.38 Le souhait de l'usager de mettre fin aux services ou de les limiter, d'être transféré à un autre service ou de retourner à la maison est respecté.

**Conseils :**

La prise de décisions conjointe au sujet de la transition de l'usager a lieu en consultation avec la famille ou la personne chargée de prendre les décisions au nom de l'usager, au besoin, et tient compte de la capacité de l'usager de prendre des décisions. Les risques de la transition sont discutés avec l'usager et la famille, de même que les services extra-hospitaliers auxquels ils auront accès après la transition.

Un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour travailler avec les usagers qui ont choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Si l'usager souhaite continuer d'obtenir des services qui

vont à l'encontre de la recommandation de l'équipe ou qui vont au-delà de la capacité de l'organisme, un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour assurer un résultat juste et équitable pour l'utilisateur et l'organisme.



- 10.1.39 Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition de l'utilisateur, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.

**Conseils :**

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible dans le cadre du processus de soins. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour l'utilisateur sont déterminés. Certains facteurs ont une influence sur la capacité de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisme.



- 10.1.40 Les utilisateurs sont responsabilisés de manière à gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.

**Conseils :**

L'enseignement qui favorise la responsabilisation et aide les utilisateurs à gérer eux-mêmes une maladie chronique peut comprendre la planification de mesures, l'imitation de comportement, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation, les techniques de gestion des symptômes, des facteurs de risque, de la fatigue et du sommeil, l'utilisation des médicaments, la gestion des émotions, les changements sur le plan de la cognition et de la mémoire, la formation en communication avec des professionnels de la santé et d'autres personnes, ainsi que la résolution de problèmes et la prise de décisions liées à des questions de santé.

Des outils et des ressources sont offerts aux utilisateurs pour les aider à gérer eux-mêmes leur état de santé. Ils sont adaptés aux besoins de chaque utilisateur. Par exemple, les outils peuvent être modifiés en fonction de leur degré de compréhension, de leur niveau d'alphabétisation, de leur invalidité, ainsi que de leur langue et de leur culture.



- 10.1.41 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan d'intervention interdisciplinaire que ce soit vers la maison, une autre équipe, un autre niveau de soins ou qu'il s'agisse de la fin des services, améliore la coordination entre les équipes et les organismes partenaires et aide à préparer l'utilisateur pour la fin des services. La participation de l'utilisateur à la planification de la fin des services assure que l'utilisateur et la famille sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition de l'utilisateur, de même que ses besoins et préférences après les soins font partie du plan d'intervention interdisciplinaire. La discussion peut comprendre le suivi après les soins, la capacité relative à l'auto-administration des soins, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



- 10.1.42 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

### Conseils :

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication (comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins posthospitaliers, la relecture et la reformulation) favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente et des outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisme. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisme. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les familles de répéter l'information. Les usagers et les familles ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

### Tests de conformité :

- 10.1.42.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 10.1.42.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 10.1.42.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 10.1.42.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 10.1.42.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :
  - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
  - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
  - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

10.1.43 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

### Conseils :

À intervalles réguliers, un échantillon d'usagers, de familles ou d'organismes vers lesquels ils ont été acheminés est contacté pour déterminer l'efficacité de la transition ou



de la fin des services, connaître l'opinion et les préoccupations des usagers après la transition et vérifier si les plans de suivi sont respectés. L'évaluation des transitions représente une occasion de vérifier que les besoins de l'utilisateur et de la famille ont été satisfaits et que leurs préoccupations ou leurs questions ont été abordées.

La rétroaction des usagers et l'ensemble des résultats de l'évaluation sont partagés avec le personnel d'encadrement et le conseil d'administration de l'organisme, et l'information est utilisée pour améliorer les transitions.



- 10.1.44 Les services pertinents de suivi pour l'utilisateur, le cas échéant, sont coordonnés en collaboration avec l'utilisateur, la famille, d'autres équipes et organismes.

**Conseils :**

La responsabilité entourant les soins se poursuit jusqu'à ce que le service ait pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre organisme.

Les services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extra-hospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile à l'utilisateur contribue à ce que ce dernier reçoive les services les plus appropriés à l'endroit le plus adéquat, et réduit au minimum les transferts inutiles et les solutions temporaires.

Pour veiller à ce que les usagers reçoivent des soins continus et ininterrompus, le placement et le suivi comprennent un processus pour les cas où la transition ne se passe pas comme prévu.



- 10.1.45 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.

**Conseils :**

La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions prévues, les consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.

L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).

L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires

(services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.

**Tests de conformité :**

- 10.1.45.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- 10.1.45.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 10.1.45.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 10.1.45.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 10.1.45.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 10.1.45.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 10.1.45.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 10.1.45.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

**10.2 Prévention et contrôle des infections - Services de soins ambulatoires**



- 10.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

**Conseils :**

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de



l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

#### Tests de conformité :

**10.2.1.1** La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :

- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
- mesurer l'utilisation d'un produit;
- inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
- évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

**10.2.1.2** Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

**10.2.1.3** Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

**10.2.2** La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

#### Conseils :

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes d'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations



sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit:

- avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

**Tests de conformité :**

10.2.2.1 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



10.2.3 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

**Conseils :**

Les usagers, les familles et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres.



10.2.4 Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.

**Conseils :**

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.



10.2.5 Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.



10.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.

**Conseils :**

Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.



- 10.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

**Conseils :**

Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).



- 10.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.

**Conseils :**

Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.



- 10.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

**Conseils :**

Par exemple, l'organisme peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.



- 10.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.

**Conseils :**

Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.












- 10.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.












**Conseils :**

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination

ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

### 10.3 Gestion des médicaments - Services de soins ambulatoires

- |  |  |
|--|--|
|   | <p>10.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.</p> <p><b>Conseils :</b></p> <p>Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.</p> |
|   | <p>10.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.</p> <p><b>Conseils :</b></p> <p>L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).</p>   |
|    | <p>10.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.</p>   |
|    | <p>10.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.</p> <p><b>Conseils :</b></p> <p>Par exemple, l'utilisateur peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.</p>  |
|    | <p>10.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.</p>   |
|    | <p>10.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.</p>   |
|    | <p>10.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.</p> <p><b>Conseils :</b></p> <p>Les critères de sélection englobent la capacité de l'utilisateur à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.</p>   |

-  10.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.
- Conseils :**
- Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'usager dans un tiroir verrouillé.
-  10.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.
-  10.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'usager le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.
- Conseils :**
- Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.
-   10.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'usager avant son administration.
-   10.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.
- Conseils :**
- La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'usager ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.
-  10.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'usager l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.
- Conseils :**
- Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'usager a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'usager.
-   10.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.
- Conseils :**
- Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'usager. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.
-  10.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque usager sont surveillés et consignés.

**Conseils :**

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



- 10.3.16 Chaque usager est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



- 10.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des usagers afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

**Conseils :**

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



- 10.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux usagers et aux familles les incidents liés à la sécurité des usagers sont respectées.

## 10.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de soins ambulatoires



- 10.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

**Conseils :**

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.



- 10.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

**Conseils :**

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.



- 10.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

# Chapitre 11 : Services d'imagerie et médecine nucléaire

Les services de radiologie, de résonance magnétique et de médecine nucléaire sont offerts en milieu hospitalier. Ces services ont pour objectif d'obtenir des images du corps humain à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Les critères du chapitre favorisent une approche intégrée des services d'imagerie diagnostique, là où les prestataires de ces services travaillent avec les professionnels de la santé qui acheminent les usagers en vue d'offrir des services d'imagerie diagnostique sécuritaires et de qualité.<sup>14</sup>

## 11.1 Épisode de soins - Services d'imagerie et médecine nucléaire



- 11.1.1 Au moins une fois par année, l'équipe recueille l'information sur le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des usagers sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.

### Conseils :

La collecte de cette information aide l'équipe à évaluer les demandes de services, à cerner les tendances relatives aux besoins en matière de services, et à déterminer quelles ressources sont nécessaires.



- 11.1.2 Au moins une fois par année, l'équipe recueille de l'information auprès des professionnels de la santé qui acheminent des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique.

### Conseils :

Les professionnels de la santé qui acheminent des usagers incluent les médecins, les infirmiers praticiens, les dentistes, les chiropraticiens, les podiatres et les sages-femmes autorisées. L'équipe peut recueillir cette information en faisant remplir des questionnaires ou en menant des entrevues avec les professionnels de la santé qui acheminent des usagers. Les résultats sont communiqués aux professionnels de la santé qui acheminent des usagers.



- 11.1.3 Au moins une fois par année, l'équipe passe en revue l'information recueillie auprès des usagers et des professionnels de la santé qui acheminent des usagers pour cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.



- 11.1.4 L'équipe établit des partenariats pour offrir des services d'imagerie diagnostique coordonnés.

### Conseils :

Les partenaires peuvent comprendre les professionnels de la santé qui acheminent des usagers et d'autres organismes qui offrent des services d'imagerie diagnostique. Dans le cas des centres d'imagerie diagnostique indépendants, les partenaires peuvent aussi comprendre les hôpitaux.



- 11.1.5 L'organisme détermine clairement la hiérarchie des responsabilités pour les services d'imagerie diagnostique offerts dans l'ensemble de l'organisme.

<sup>14</sup> MSSS (2018) Répertoire des guides de planification immobilière. Unité d'imagerie médicale. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-610-25W.pdf>

**Conseils :**

Dans les hôpitaux, les services d'imagerie diagnostique peuvent être fournis dans des secteurs de services autres que le service d'imagerie diagnostique. Par exemple, les cardiologues peuvent effectuer des échographies cardiaques dans le service de cardiologie. Dans ces cas, l'organisme définit qui est responsable de veiller à ce que les politiques et les procédures pour les services d'imagerie diagnostique soient systématiquement mis en application dans l'ensemble de l'organisme (p. ex., compétences du personnel, protection contre les rayons X, fonctionnement et entretien de l'équipement).



11.1.6 L'équipe effectue un suivi des temps d'attente et des délais moyens de réponse pour les demandes de services d'imagerie diagnostique non urgentes, urgentes et très urgentes.



11.1.7 L'équipe cerne et élimine, si possible, les obstacles physiques et systémiques qui empêchent les usagers et les professionnels de la santé qui acheminent des usagers d'accéder aux services d'imagerie diagnostique.

**Conseils :**

L'accès aux services peut être restreint par certains obstacles qui relèvent de l'équipe (p. ex., les heures d'ouverture et les obstacles linguistiques et matériels) et par certains obstacles sur lesquels l'équipe n'a aucun pouvoir (p. ex., le transport et les longs temps d'attente).



11.1.8 L'équipe sollicite régulièrement la rétroaction des professionnels de la santé qui acheminent des usagers sur la façon d'améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique et de régler les délais dans la transmission des résultats de l'imagerie diagnostique.

**Conseils :**

L'organisme définit ce qu'il entend par « régulièrement » et s'en tient au calendrier établi. L'équipe examine au besoin les renseignements fournis par les professionnels de la santé qui acheminent des usagers, et ce, plus particulièrement en cas de délais excessifs dans la prestation du service.



11.1.9 L'équipe cerne les ressources nécessaires pour offrir des services d'imagerie diagnostique de manière efficiente et en temps opportun.

**Conseils :**

Les ressources peuvent être financières, informatives, structurelles ou liées à l'équipement. L'accessibilité des ressources peut dépendre de la continuité du financement ou des occasions de mise en commun des ressources avec d'autres organismes.

Les dirigeants d'équipe s'emploient à obtenir, au nom de l'équipe, les ressources nécessaires pour satisfaire les objectifs et les buts de l'équipe.



11.1.10 L'équipe dispose de profils de postes qui définissent les compétences, les rôles et les responsabilités.

**Conseils :**

Les profils de poste comprennent un résumé des tâches à accomplir, indiquent les compétences particulières requises et les exigences minimales pour l'accomplissement de ces tâches, et précisent la nature et les responsabilités du poste ainsi que l'endroit où la personne se situe dans la structure hiérarchique.





- 11.1.11 L'équipe recrute et choisit ses membres en fonction de leurs compétences, leur expérience et leur compatibilité avec l'équipe.
- 11.1.12 L'équipe dispose d'une structure de gestion avec des liens et des responsabilités hiérarchiques clairement définis.
- 11.1.13 L'équipe dispose d'un dirigeant administratif nommé responsable de l'administration et de la gestion des services d'imagerie diagnostique; celui-ci doit, entre autres, superviser et diriger les prestataires de services d'imagerie diagnostique.
- 11.1.14 L'équipe dispose d'un directeur médical responsable de superviser et de gérer les spécialistes en imagerie médicale.
- 11.1.15 Le directeur médical de l'équipe et les médecins sont des spécialistes de l'imagerie autorisés par l'association ou l'ordre professionnel approprié.

**Conseils :**

Les exigences de certification varient d'une province ou d'un territoire à l'autre.

- 11.1.16 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique de l'équipe qui offrent des services spécialisés ont reçu une formation ou des titres de compétences précis et sont autorisés par leurs ordres professionnels respectifs à exercer chacune des spécialités.

**Conseils :**

Les services spécialisés peuvent inclure l'échocardiographie, l'imagerie par résonance magnétique, la médecine nucléaire, la tomographie par émission de positons, la radiologie, la tomographie par ordinateur, la mammographie et l'imagerie par ultrason.

- 11.1.17 Les membres de l'équipe qui administrent un tranquillisant ou qui assurent la surveillance des usagers sous sédation doivent avoir un certificat de compétence en réanimation cardiorespiratoire qui est à jour.

- 11.1.18 L'équipe appuie les prestataires de services d'imagerie diagnostique pour qu'ils puissent participer régulièrement à des activités de perfectionnement professionnel.

**Conseils :**



















L'organisme définit ce qu'il entend par « régulièrement » et s'en tient au calendrier établi. Les activités de perfectionnement professionnel sont liées aux activités cliniques de l'équipe (p. ex., la formation sur l'utilisation de l'équipement). Le soutien peut inclure l'accès à des programmes d'apprentissage en ligne, des congés autorisés pour effectuer les travaux ou assister à des conférences ainsi que le remboursement des frais de cours.

- 11.1.19 L'environnement physique est doté d'affiches claires qui orientent les usagers vers le service d'imagerie diagnostique.

- 11.1.20 L'équipe dispose d'un secteur de services distinct qui comprend un endroit où les usagers peuvent attendre et un endroit où mener les examens d'imagerie diagnostique.

- 11.1.21 Dans le cas de la médecine nucléaire, l'équipe désigne des salles d'attente distinctes pour séparer les usagers qui ont reçu une injection avec des substances radioactives des autres usagers.

- 11.1.22 La zone réservée aux services aux usagers comprend un endroit qui assure la confidentialité et qui permet d'effectuer le triage des usagers avant qu'ils procèdent aux examens diagnostiques.

-  11.1.23 Le secteur de services aux usagers comprend un vestiaire privé et sécuritaire.
- Conseils :**
- L'équipe protège les effets personnels de l'usager contre le vol ou la perte en lui offrant un endroit sécuritaire où les ranger et en limitant l'accès à l'unité ou à la zone réservée aux services aux usagers.
-  11.1.24 La zone réservée aux services aux usagers comprend des toilettes pour ceux-ci.
-   11.1.25 La zone réservée aux services aux usagers comprend un endroit doté de l'équipement et du personnel appropriés qui permet aux usagers de récupérer après l'examen.
- Conseils :**
- Cet endroit permet de s'assurer que les usagers qui ont reçu des médicaments, tels que des tranquillisants, sont stables et peuvent être autorisés à partir.
-   11.1.26 La zone réservée aux services aux usagers est accessible pour les usagers qui utilisent des aides à la mobilité telles que des fauteuils roulants, des marchettes et des béquilles.
- Conseils :**
- Un milieu accessible comprend des toilettes accessibles aux usagers à mobilité réduite, des portes suffisamment larges pour permettre l'accès en fauteuil roulant et au moins un vestiaire suffisamment grand pour qu'un soignant puisse accompagner et aider l'usager.
-   11.1.27 L'équipe sait comment s'y prendre pour cerner et déclarer les problèmes d'ordre environnemental liés à la température, à l'humidité et à la ventilation.
- Conseils :**
- Le maintien d'une température, d'un taux d'humidité et d'une ventilation appropriés garantit la sécurité des usagers et du personnel, ainsi que le bon fonctionnement de l'équipement.
-   11.1.28 L'équipe affiche des mises en garde à l'entrée de la salle d'imagerie et en restreint l'accès quand elle est occupée.
- Conseils :**
- Les mises en garde peuvent comprendre des étiquettes d'avertissement contre les radiations et les dangers, comme la présence de champs magnétiques dans le cas d'examens d'imagerie par résonance magnétique.
-   11.1.29 L'équipe dispose d'un système d'alimentation électrique de secours qui est mis à l'essai régulièrement et qui est conforme aux règlements applicables.
- Conseils :**
- L'organisme définit ce qu'il entend par « régulièrement » et s'en tient au calendrier établi.
-   11.1.30 L'équipe reçoit la formation et les mises à jour sur les règlements applicables en matière de matières dangereuses.
-   11.1.31 L'équipe étiquette et conserve tous les produits chimiques et toutes les solutions conformément aux règlements applicables.
-   11.1.32 L'équipe se conforme aux règlements applicables pour la conservation, la manipulation et l'élimination des substances radioactives.



11.1.33 L'équipe nettoie et élimine les matières contaminées par les substances déversées, le sang et les fluides corporels conformément aux règlements applicables.



11.1.34 L'équipe place les articles de verre ou tranchants et les aiguilles dans des contenants non perforables avant de les éliminer.



11.1.35 L'équipe respecte les règlements régionaux et nationaux quant à l'enregistrement, à l'installation et au calibrage de l'équipement d'imagerie diagnostique.



11.1.36 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique disposent d'un manuel à jour sur le fonctionnement de l'équipement d'imagerie diagnostique qui comprend les instructions du fabricant et les lois pertinentes en matière de sécurité.

**Conseils :**

Le manuel comprend de l'information du fabricant concernant des précautions de sécurité particulières, s'il y a lieu.



11.1.37 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique reçoivent de la formation sur l'équipement d'imagerie diagnostique utilisé par l'équipe, et ce, avant de s'en servir.

**Conseils :**

La formation est offerte par le personnel approprié (p. ex., le fabricant de l'équipement) lorsqu'il s'agit de nouvel équipement et suivant les mises à niveau apportées à l'équipement.



11.1.38 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique ont un manuel de politiques et de procédures qui explique en détail les procédures de positionnement de l'utilisateur pour les examens d'imagerie diagnostique et qui est signé par le directeur médical ou son remplaçant désigné.

**Conseils :**

Le manuel comprend des instructions sur la façon de préparer les usagers à l'examen et de mener à bien chaque étape de l'examen, sur le type et la dose de médicaments nécessaires (s'il y a lieu) et les soins dispensés à l'utilisateur après l'examen. Par « remplaçant désigné », on entend le médecin responsable du service.



11.1.39 L'équipe présente aux nouveaux prestataires de services d'imagerie diagnostique le manuel de politiques et de procédures.



11.1.40 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.



11.1.41 L'équipe informe les prestataires de services d'imagerie diagnostique au sujet des changements apportés au manuel de politiques et de procédures ainsi que des nouvelles procédures instaurées.



11.1.42 L'équipe conserve les versions précédentes du manuel de politiques et de procédures conformément à la politique de l'organisme sur la conservation des dossiers.

**Conseils :**

La politique de l'organisme sur la conservation des dossiers devrait être conforme aux règlements applicables.



11.1.43 L'équipe dispose d'un programme annuel d'entretien préventif de l'équipement conforme aux recommandations des fabricants.



- 11.1.44 L'équipe utilise un registre d'équipement pour consigner l'entretien et les temps d'arrêt, et pour détecter et régler les problèmes.
- 11.1.45 L'équipe conserve les registres d'entretien préventif pendant au moins deux ans.
- 11.1.46 Tous les secteurs de retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques sont séparés des zones réservées aux services aux usagers.
- 11.1.47 Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.

**Conseils :**

La ventilation permet d'éliminer les vapeurs chimiques toxiques dans les aires de travail. Elle peut comprendre de l'équipement spécial comme des hottes. L'organisme évalue régulièrement la qualité de l'air en fonction de ses politiques et procédures, ainsi que des lois applicables (p. ex. lois en matière de santé et sécurité au travail).

Les zones d'entreposage sont également bien ventilées et elles sont nettoyées et désinfectées au moins une fois par semaine.



- 11.1.48 L'équipe dispose d'un processus qui permet de retracer tout l'équipement et tous les appareils diagnostiques en cas de panne ou de défaillance du système de retraitement.
- 11.1.49 La personne responsable de la coordination globale des activités de retraitement dans l'organisme surveille la conformité de l'équipe aux politiques et aux procédures de l'organisme sur le retraitement.
- 11.1.50 L'équipe a un processus pour fournir aux professionnels de la santé qui acheminent des usagers les ressources nécessaires pour choisir les examens d'imagerie diagnostique appropriés.

**Conseils :**

Des lignes directrices pour les examens d'imagerie diagnostique existent pour orienter les professionnels de la santé qui acheminent des usagers dans leur choix d'examens d'imagerie diagnostique.



- 11.1.51 Pour les services d'imagerie diagnostique, l'équipe reçoit une demande écrite ou électronique qui identifie l'utilisateur et les professionnels de la santé appropriés, la date de la demande, le niveau d'urgence, l'information clinique pertinente, le type d'examen et les instructions spéciales.

**Conseils :**

Les identificateurs de base de l'utilisateur incluent son nom, son numéro d'identification, son âge ou sa date de naissance, son sexe et ses coordonnées.

Les professionnels de la santé appropriés englobent les professionnels de la santé qui acheminent des usagers et les autres professionnels de la santé devant recevoir un exemplaire du rapport. Les coordonnées de ces professionnels de la santé devraient aussi être incluses dans la demande.

L'information clinique comprend les indications, les antécédents (p. ex. des allergies) et le diagnostic provisoire. Elle indique également si le rapport est urgent.



- 11.1.52 Si une demande urgente ou très urgente de services d'imagerie diagnostique est faite par téléphone, un membre qualifié de l'équipe recueille et consigne l'information, et

s'assure qu'une demande écrite ou électronique est reçue avant d'interpréter les résultats des examens d'imagerie diagnostique.

**Conseils :**

L'équipe conserve l'information relative à une demande, soit les procédures demandées, le diagnostic de travail, le nom du professionnel de la santé ayant acheminé l'utilisateur ainsi que la date et l'heure de la demande.



- 11.1.53 Si une demande de services d'imagerie diagnostique est incomplète, l'équipe recueille l'information manquante avant d'exécuter la procédure.

**Conseils :**

L'équipe peut communiquer avec le professionnel de la santé ayant acheminé l'utilisateur ou interroger l'utilisateur pour obtenir les renseignements nécessaires.



- 11.1.54 L'équipe conserve un dossier écrit ou électronique des demandes de services d'imagerie diagnostique envoyées par des professionnels de la santé qui acheminent des usagers.



- 11.1.55 Les demandes quotidiennes d'examen doivent être inscrites dans un dossier écrit ou électronique, en indiquant le nom de l'utilisateur, le type d'examen et le numéro du dossier d'image.



- 11.1.56 L'équipe dispose d'un processus pour traiter les commandes urgentes en temps opportun.

**Conseils :**

L'organisme définit ce qu'il entend par « en temps opportun » et s'en tient au calendrier établi.



- 11.1.57 Au moment d'offrir des services d'imagerie diagnostique, l'équipe respecte la diversité de l'utilisateur, dont le sexe, la culture, la langue, la religion et l'invalidité.

**Conseils :**

Par exemple, l'équipe respecte le choix de l'utilisateur qui veut qu'un prestataire de services d'imagerie diagnostique du même sexe effectue l'examen.



- 11.1.58 En partenariat avec les usagers et les familles, 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.

**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, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'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 famille.

L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec l'utilisateur et la famille en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les familles ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

**Tests de conformité :**

**11.1.58.1** 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 familles.



11.1.59 L'équipe passe en revue les renseignements sur l'examen d'imagerie diagnostique avec les usagers et leurs familles et obtient le consentement éclairé, verbalement ou par écrit, avant d'effectuer l'examen.

**Conseils :**

Ces renseignements comprennent les raisons pour lesquelles l'examen a été choisi, ses avantages, ses risques et les solutions de remplacement (s'il y a lieu), ainsi que l'information diagnostique attendue de l'examen. Ces renseignements peuvent être fournis aux usagers par les professionnels de la santé appropriés. Cependant, l'équipe passe en revue ces renseignements avec l'utilisateur pendant le processus d'obtention du consentement éclairé.



11.1.60 L'équipe vérifie si les usagers ont des allergies ou des troubles médicaux avant d'administrer un opacifiant intravasculaire.

**Conseils :**

Par exemple, l'équipe vérifie s'il y a des antécédents de maladies rénales. Le professionnel de la santé qui achemine les usagers peut effectuer cette vérification. Cependant, l'équipe passe en revue toute information clinique pertinente qui pourrait avoir une incidence sur l'examen diagnostique.



11.1.61 Pour tous les examens nécessitant une exposition de l'abdomen ou du bassin, l'équipe demande aux usagères en âge de procréer s'il y a possibilité qu'elles soient enceintes, et leur réponse est notée.

**Conseils :**

Il existe un protocole de traitement des usagères qui sont enceintes ou qui pourraient l'être.



11.1.62 L'équipe vérifie si le corps des usagers contient des implants, des appareils ou d'autres matériaux.

**Conseils :**

L'équipe obtient de la documentation et des renseignements sur les risques associés aux implants, appareils et matériaux pouvant nuire à la sécurité de l'utilisateur et du personnel ainsi qu'à la qualité de l'image diagnostique.



11.1.63 L'équipe, de concert avec le professionnel de la santé qui achemine l'utilisateur, choisit la technique d'imagerie diagnostique la moins invasive pour obtenir les résultats voulus.



11.1.64 L'équipe protège les usagers et les prestataires de services d'imagerie diagnostique durant les examens d'imagerie diagnostique conformément aux règlements applicables.

**Conseils :**

Les procédures comprennent le fait de fournir des écrans de protection de la région gonadique aux usagers, s'il y a lieu. Les prestataires de services d'imagerie diagnostique doivent aussi porter un dispositif thermoluminescent de mesure de l'exposition qui est mesuré et vérifié par une personne qualifiée. Les dosimètres sont utilisés pour mesurer et surveiller la quantité de radiations auxquelles sont exposés les usagers et les prestataires de services d'imagerie diagnostique.

Des bouchons d'oreille ou un casque de protection contre le champ magnétique sont fournis pour empêcher une perte auditive temporaire ou permanente causée par les vibrations produites pendant les examens d'imagerie par résonance magnétique.



- 11.1.65 L'équipe respecte une procédure précise pour les personnes qui sont présentes aux examens d'imagerie.

**Conseils :**

Par exemple, l'équipe pourrait devoir fournir à la personne qui aide l'usager de l'équipement de protection individuelle. Les usagers avec une mobilité réduite peuvent être aidés par un soignant.



- 11.1.66 L'équipe respecte les politiques et les procédures établies par l'organisme pour l'administration de médicaments tels que les opacifiants intravasculaires, les tranquillisants et les produits radiopharmaceutiques.

**Conseils :**

Les politiques et procédures de l'organisme comprennent l'identification de la personne responsable de prescrire, d'entreposer, de manipuler et de jeter les médicaments, la préparation des médicaments selon les instructions du fabricant, le type d'intervention et la dose s'y rattachant, l'utilisation de protocoles sur les doses pour les usagers en pédiatrie, le fait de s'assurer que le bon agent est utilisé avant son administration, la vérification de la couleur, de la clarté et de la date de péremption de l'agent, et le traitement offert dans le cas de réactions indésirables ou de complications.



- 11.1.67 L'équipe surveille les usagers qui reçoivent des médicaments, tels que des opacifiants intravasculaires, des tranquillisants et des produits radiopharmaceutiques, durant et suivant l'examen au cas où surviendraient des réactions indésirables ou des complications.



- 11.1.68 Lorsque des tranquillisants ou de l'anesthésie sont administrés, les usagers sont surveillés par des membres qualifiés de l'équipe durant et après l'examen.

**Conseils :**

Les membres qualifiés de l'équipe comprennent des médecins, des anesthésistes ou du personnel infirmier.



- 11.1.69 L'équipe suit les politiques et procédures de l'organisme pour traiter, consigner et déclarer les réactions indésirables.

**Conseils :**

Les réactions indésirables sont consignées dans le dossier de l'usager. Les organismes sont encouragés à déclarer les réactions indésirables à l'organisme pertinent.



- 11.1.70 Lorsque des médicaments tels que les opacifiants intravasculaires, les tranquillisants et les produits radiopharmaceutiques sont administrés à l'usager, l'équipe s'assure d'avoir un accès immédiat à du personnel formé pour traiter les urgences médicales (p. ex.,

formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR), à un chariot d'urgence et à un appareil à oxygène.

**Conseils :**

Un chariot d'urgence comprend des médicaments d'urgence et l'équipement de réanimation approprié pour la clientèle desservie (p. ex., en pédiatrie).



11.1.71 L'équipe utilise un processus pour les vues standard de chaque région anatomique afin de maximiser la qualité de l'image et de minimiser l'exposition.



11.1.72 L'équipe utilise les niveaux de référence diagnostiques pour optimiser la protection des adultes et des usagers en pédiatrie contre les rayons X.

**Conseils :**

L'un des défis auxquels sont confrontés les prestataires de services d'imagerie diagnostique consiste à réduire la dose de radiation à laquelle l'utilisateur est exposé sans compromettre la qualité de l'image nécessaire à l'établissement d'un diagnostic précis. Le recours à des niveaux de référence diagnostiques (NRD) protège les usagers contre une exposition inutile aux rayonnements en utilisant une dose dont le niveau est le plus bas possible.

Divers organismes disposent d'une liste de valeurs de NRD représentatives pour un certain nombre d'examen radiographiques effectués auprès d'adultes et d'enfants. L'équipe peut établir des NRD pour d'autres examens qui ne figurent pas sur la liste, mais qui sont effectués dans l'organisme. Les mesures de NRD peuvent s'effectuer avec un fantôme spécifiquement conçu pour l'examen ou à l'aide d'usagers.



11.1.73 L'équipe respecte les politiques et les procédures appropriées pour chaque technique d'imagerie diagnostique.



11.1.74 Pour les examens interventionnels, l'équipe étiquette, manipule, transporte, consigne et entrepose les échantillons de manière sécuritaire et appropriée.



11.1.75 L'équipe vérifie les images (positionnement de l'utilisateur et qualité diagnostique) avant de laisser l'utilisateur partir.

**Conseils :**

L'équipe suit un processus qui lui permet de vérifier la qualité des images et d'évaluer la nécessité de répéter l'examen. L'équipe ne reprend l'examen d'imagerie diagnostique que si la qualité du diagnostic est sous-optimale.



11.1.76 L'équipe suit les politiques et les procédures pour déterminer si un usager peut partir.



11.1.77 L'équipe fournit aux usagers des directives à suivre après l'examen dans l'éventualité où des complications surviendraient après leur départ.



11.1.78 L'équipe interprète, en temps opportun, les résultats de l'imagerie diagnostique non urgents, urgents et très urgents.

**Conseils :**

L'organisme définit ce qu'il entend par « en temps opportun » en se fondant sur le type d'urgence de la demande et s'en tient au calendrier établi.



11.1.79 L'équipe évalue si elle se conforme aux délais établis concernant l'interprétation des résultats de l'imagerie diagnostique, et apporte des améliorations, s'il y a lieu.





- 11.1.80 L'équipe communique avec les professionnels de la santé qui acheminent des usagers immédiatement après l'obtention de résultats anormaux, imprévus ou dont le signalement est urgent.

**Conseils :**

Les résultats anormaux, imprévus ou dont le signalement est urgent sont ceux qui nécessitent une prise de décision immédiate quant à la gestion du cas. L'équipe doit également informer le professionnel de la santé qui achemine l'utilisateur de toute anomalie entre le rapport préliminaire ou le communiqué d'urgence et le rapport final écrit.



- 11.1.81 L'équipe note toutes les communications de résultats aux professionnels de la santé qui acheminent des usagers.



- 11.1.82 Le rapport contient le nom de l'utilisateur, le nom du prestataire de services d'imagerie diagnostique, le nom du professionnel de la santé qui a acheminé l'utilisateur, ainsi que toute information pertinente sur l'examen.

**Conseils :**

Les identificateurs de base de l'utilisateur incluent son nom, son numéro d'identification, son âge ou sa date de naissance, son sexe, ses coordonnées et ses antécédents (p. ex., allergies) s'il y a lieu.

Quand cela est approprié, le rapport inclut aussi la date de la dernière menstruation, le type d'opacifiants intravasculaires utilisés, la quantité d'opacifiants intravasculaires et de matériels utilisés, les produits radiopharmaceutiques utilisés, une description des autres médicaments reçus, les cathéters et les appareils utilisés, le temps de fluoroscopie, une description des problèmes liés à la demande d'examen d'imagerie diagnostique, les raisons ayant motivé les prises de vue ou les examens supplémentaires, le fait qu'une interprétation verbale ou écrite préliminaire ait été donnée ou non, ainsi que des renseignements comparatifs se rapportant aux examens d'imagerie diagnostique antérieurs, le cas échéant.



- 11.1.83 Le rapport décrit l'examen au moyen d'une terminologie anatomique et diagnostique précise.



- 11.1.84 Le rapport est passé en revue pour en assurer la précision, validé soit par une signature manuscrite ou électronique, et comprend le nom du radiologiste qui l'a dicté.

**Conseils :**

S'il y a lieu, le rapport comprend aussi le nom du médecin résident ou de l'associé.



- 11.1.85 L'équipe conserve les images diagnostiques et les rapports ensemble dans une enveloppe principale clairement identifiée, sous forme électronique ou les deux.

**Conseils :**

Que les images diagnostiques et les rapports soient conservés dans des enveloppes principales ou sous forme électronique, l'étiquette comprend le nom de l'utilisateur, son numéro d'identification et un deuxième identificateur tel que le numéro de carte d'assurance-maladie ou la date de naissance, ainsi que le nom de l'organisme ou l'identificateur de site. L'enveloppe principale ou le fichier électronique sont récupérables.



- 11.1.86 Le dossier médical inclut le formulaire de requête écrit ou électronique associé au service d'imagerie diagnostique fourni.



- 11.1.87 Le formulaire de requête contient le nom de l'utilisateur, le nom du prestataire de services d'imagerie diagnostique, le nom du professionnel de la santé qui a acheminé l'utilisateur, ainsi que toute information pertinente sur l'examen.

**Conseils :**

Les identificateurs de base de l'utilisateur incluent son nom, son numéro d'identification, son âge ou sa date de naissance, son sexe, ses coordonnées et ses antécédents (p. ex., allergies) s'il y a lieu.

L'information pertinente sur l'examen contient la date de la requête, la date de réception de la requête, la date de l'examen, le nombre d'images prises, les médicaments administrés, y compris le type d'opacifiants intravasculaires utilisés, la quantité d'opacifiants intravasculaires ou de matériels utilisés, le temps de fluoroscopie et les produits radiopharmaceutiques utilisés.



- 11.1.88 Le prestataire de services d'imagerie diagnostique de l'équipe inscrit ses initiales, son nom ou son code (sous forme écrite ou électronique) pour indiquer qu'il a participé à l'examen d'imagerie diagnostique.



- 11.1.89 L'image diagnostique indique le prénom, le nom et un second identificateur de l'utilisateur, le nom de l'organisme ainsi que la date et l'heure de l'examen.



- 11.1.90 L'équipe conserve en sécurité un exemplaire permanent de l'image diagnostique dans les archives.



- 11.1.91 Le dossier permanent peut être récupéré pour en faire la mise à jour, au besoin.

**Conseils :**

Cela garantit que des résultats pertinents sont enregistrés, utilisés pour la comparaison avec les résultats des prochains examens et que les prestataires de services d'imagerie diagnostique externes peuvent confirmer le diagnostic en examinant les images.



- 11.1.92 L'équipe utilise des systèmes informatiques ou sur papier pour transmettre et conserver les dossiers médicaux et les images diagnostiques.



- 11.1.93 Les images diagnostiques et les rapports peuvent être récupérés au moyen des renseignements d'identification de l'utilisateur.

**Conseils :**

La conservation sécurisée des images, des rapports ou des dossiers médicaux garantit la protection de la vie privée des usagers.



- 11.1.94 L'équipe respecte les exigences minimales de conservation des dossiers médicaux imposées par les directives régionales.



- 11.1.95 L'équipe dispose d'un programme de sécurité mené par une personne responsable de la sécurité ou un comité de sécurité, ou les deux à la fois.

**Conseils :**

La personne responsable ou le comité doit interrompre toute activité jugée risquée, examiner tous les incidents, et émettre des recommandations afin d'empêcher qu'un incident se reproduise.

La personne responsable ou le comité peut aussi être tenu de vérifier le contenu des manuels de sécurité de l'organisme et leur accessibilité, de vérifier l'orientation, la formation et les programmes d'enseignement ainsi que les outils de surveillance et

d'évaluation de l'organisme ayant trait à la sécurité, ainsi que d'examiner et d'approuver tous les rapports d'incident et toutes les recommandations.



11.1.96 L'équipe dispose d'un manuel de sécurité adapté aux services d'imagerie diagnostique.

**Conseils :**

Le manuel de sécurité contient des exigences spécifiques aux services d'imagerie diagnostique tels que la sécurité des usagers et du personnel, la sécurité de l'équipement, la protection contre les radiations, protection contre les champs magnétiques, la protection contre les incendies, la sécurité électrique, les gaz comprimés, les produits chimiques, les solutions et le matériel radioactif, la gestion et l'élimination des déchets et la prévention des infections.



11.1.97 L'équipe dispose de politiques et de procédures pour traiter les urgences médicales.

**Conseils :**

Des exemples d'urgences médicales pour les services d'imagerie diagnostique comprennent les réactions indésirables aux opacifiants intravasculaires.



11.1.98 L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.



11.1.99 L'équipe dispose d'un processus pour recevoir et consigner les alertes médicales et les avis de sécurité émis par les organismes de réglementation nationaux et régionaux, et y accorder un suivi.



11.1.100 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.

**Conseils :**

Les organismes devraient déterminer et adopter des précautions pour tous les usagers, peu importe les risques de chutes. L'acronyme SAFE (sécurité des lieux, assistance à la mobilité, facteurs de risques réduits et enseignement au client et à sa famille) décrit les stratégies clés des précautions universelles de prévention des chutes. Voici des exemples de précautions universelles de prévention des chutes : familiariser l'utilisateur avec les nouveaux milieux; placer les boutons d'appel à un endroit accessible en tout temps (p. ex. dans la salle de bain); installer des rampes solides dans les salles de bain, les chambres et les couloirs; utiliser des veilleuses ou un éclairage d'appoint; fournir des chaises qui conviennent aux usagers ayant une mobilité réduite; avoir des aides à la mobilité disponibles adaptées aux usagers desservis; garder le sol propre et sec; nettoyer rapidement tous les liquides renversés et garder en ordre les couloirs et les aires où les soins sont dispensés. Il est important d'établir des précautions qui correspondent au milieu clinique et aux besoins des usagers de ce milieu, y compris leur droit de vivre de façon risquée.



11.1.101 L'équipe détermine les activités à risques élevés et met en œuvre des processus de vérification pour réduire les risques.

**Conseils :**

Pour déterminer les activités à risques élevés, l'équipe peut effectuer une vérification de ses services et se sert de l'information qui en résulte pour élaborer et instaurer des mécanismes de vérification visant à réduire les risques de causer préjudice aux usagers. Dans l'ensemble du continuum de soins, ces mécanismes varieront selon les services. En voici, entre autres, des exemples :

- Processus de répétition ou de relecture des diagnostics ou des ordonnances verbales
- Systèmes de vérification de la température de l'eau pour les bains des usagers
- Feuilles de suivi normalisées pour les usagers ayant des besoins complexes de gestion des médicaments
- Systèmes d'alerte automatisés pour communiquer les résultats de tests critiques
- Rappels générés par ordinateur pour les analyses de suivi chez les usagers à risques élevés
- Processus de vérification effectué par deux personnes pour les transfusions sanguines
- Double vérification indépendante pour la dispensation et l'administration de médicaments à risques élevés
- Systèmes des codes à barres pour la dispensation, l'étiquetage et l'administration des médicaments
- Logiciel d'aide à la décision pour l'entrée des ordonnances et la vérification des interactions médicamenteuses
- Systèmes de surveillance de la sécurité pour les prestataires de services des organismes communautaires ou pour les usagers dans des milieux à risques élevés
- Protocoles normalisés qui portent sur la surveillance médicale de la fréquence cardiaque du fœtus durant l'induction ou l'accélération du travail, ou pendant les accouchements à risques élevés
- Système pour surveiller les températures des réfrigérateurs où sont entreposés les vaccins
- Protocoles normalisés concernant l'utilisation des contentions
- Processus normalisés pour le dépistage des allergies aux produits de contraste.



11.1.102 L'équipe tient un horaire des interventions de contrôle de la qualité.



11.1.103 L'équipe note les résultats des interventions de contrôle de la qualité, les problèmes détectés et les mesures correctives prises.



11.1.104 Tous les mois, l'équipe procède à une analyse des cas de rejet ou de répétition et produit un rapport à ce sujet dans le cadre de son programme de contrôle de la qualité.

**Conseils :**

L'analyse des cas de rejet ou de répétition permet de déterminer pourquoi certains films ou images numériques n'ont pu servir au diagnostic ainsi que les améliorations requises.



11.1.105 L'équipe conserve les dossiers sur les cas de rejet ou de répétition pendant la période établie dans la politique de l'organisme.

**Conseils :**

La politique de l'organisme sur la conservation des dossiers devrait être conforme aux règlements régionaux et nationaux applicables.



11.1.106 L'organisme recueille des renseignements et des commentaires auprès des usagers, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.

**Conseils :**

L'organisme recueille des renseignements et des commentaires auprès de ses partenaires clés à propos de la qualité de ses services de façon uniforme. Les commentaires, sous forme de données relatives à la satisfaction ou à l'expérience de l'utilisateur et de la famille, de plaintes, d'indicateurs, de résultats, de cartes de pointage, de renseignements relatifs à l'analyse des incidents et de rapports financiers, peuvent être recueillis grâce à diverses méthodes, dont des sondages, des groupes de discussion, des entretiens, des réunions ou des dossiers de plaintes.



- 11.1.107 L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.

**Conseils :**

L'organisme a recours à des indicateurs pour évaluer si les activités entraînent un changement et si ce dernier constitue une amélioration. Les indicateurs sont principalement sélectionnés en fonction de leur pertinence et de leur capacité d'évaluer les progrès avec exactitude. En présence de multiples indicateurs possibles, l'organisme se fonde sur des critères pour choisir les indicateurs, notamment la validité et la faisabilité scientifiques. Si l'organisme éprouve des difficultés à sélectionner les indicateurs, cela peut signifier que les objectifs d'amélioration de la qualité doivent être plus clairs.



- 11.1.108 L'équipe devrait recueillir, analyser et interpréter les données en ce qui a trait à la pertinence des examens, à l'exactitude des interprétations et à l'incidence des complications et des incidents liés à la sécurité des usagers.

**Conseils :**

Par exemple, en téléradiologie et autres examens diagnostiques, des données sur la justesse et la qualité des renseignements transmis sont recueillies.



- 11.1.109 Au moins une fois par année, l'équipe examine les niveaux de référence diagnostiques (NRD) dans le cadre de son programme d'amélioration de la qualité.

**Conseils :**

Les valeurs des NRD établies par les organismes pour leur clientèle devraient être examinées régulièrement pour évaluer leur pertinence.



- 11.1.110 L'équipe évalue l'utilisation des services d'imagerie diagnostique au moyen d'un processus de gestion ou d'examen.

**Conseils :**

L'équipe enregistre les résultats du processus et peut les comparer avec des normes externes ou les résultats d'organismes semblables.



- 11.1.111 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.

**Conseils :**

La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions

prévues, les consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.

L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).

L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires (services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.

#### Tests de conformité :

- 11.1.111.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- 11.1.111.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 11.1.111.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 11.1.111.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 11.1.111.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 11.1.111.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 11.1.111.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).

11.1.111.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

## 11.2 Prévention et contrôle des infections - Services d'imagerie et médecine nucléaire



11.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

### Conseils :

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

### Tests de conformité :

11.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :

- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
- mesurer l'utilisation d'un produit;
- inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
- évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

11.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

11.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.



11.2.2 La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

**Conseils :**

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes d'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit:

- avant le contact initial avec l'usager ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

**Tests de conformité :**

11.2.2.1 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



11.2.3 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

**Conseils :**

Les usagers, les familles et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres.



11.2.4 Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.

**Conseils :**

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.



- |  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | 11.2.5 Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.  |
|  |  | <b>Conseils :</b>  |
|  |  | <p>Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.</p> |
|  |  | 11.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.  |
|  |  | <b>Conseils :</b>  |
|  |  | <p>Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.</p>  |
|  |  | 11.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.  |
|  |  | <b>Conseils :</b>  |
|  |  | <p>Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).</p>  |
|  |  | 11.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.  |
|  |  | <b>Conseils :</b>  |
|  |  | <p>Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.</p>  |
|  |  | 11.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.   |
|  |  | <b>Conseils :</b>  |
|  |  | <p>Par exemple, l'organisme peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.</p>  |
|  |  | 11.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.  |

**Conseils :**

Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.



- 11.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.

**Conseils :**

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

**11.3 Gestion des médicaments - Services d'imagerie et médecine nucléaire**


- 11.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.














- 11.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).



- 11.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.

-  11.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.
- Conseils :**
- Par exemple, l'utilisateur peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.
-  11.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.
-  11.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.
-  11.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.
- Conseils :**
- Les critères de sélection englobent la capacité de l'utilisateur à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.
-  11.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.
- Conseils :**
- Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'utilisateur dans un tiroir verrouillé.
-  11.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.
-  11.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.
- Conseils :**
- Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.
-   11.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'utilisateur avant son administration.
-   11.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.
- Conseils :**
- La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'utilisateur ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi

être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.



- 11.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'utilisateur l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.

**Conseils :**

Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'utilisateur a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.



- 11.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.

**Conseils :**

Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'utilisateur. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.



- 11.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque utilisateur sont surveillés et consignés.

**Conseils :**

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des utilisateurs et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments.



- 11.3.16 Chaque utilisateur est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments.



- 11.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des utilisateurs afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

**Conseils :**

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



- 11.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux utilisateurs et aux familles les incidents liés à la sécurité des utilisateurs sont respectées.

**11.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services d'imagerie et médecine nucléaire**



- 11.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

**Conseils :**

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.



- 11.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après

leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

**Conseils :**

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.



- 11.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

## Chapitre 12 : Services de dons d'organes (donneurs vivants)

Ces services sont offerts dans des établissements de soins de courte durée qui ont une équipe et un programme pour les dons d'organes des donneurs vivants (notamment le rein, le foie, le poumon, l'intestin et le pancréas) par des donneurs vivants. Les services portent sur les soins dispensés aux donneurs vivants pendant toutes les étapes du continuum de don d'organes, de l'évaluation de l'acceptabilité au prélèvement des organes et aux soins de suivi.<sup>15</sup>

### 12.1 Épisode de soins - Services de dons d'organes (donneurs vivants)



12.1.1 Il existe un cadre conceptuel d'éthique ou des lignes directrices qui sont respectés tout au long du processus de dons de donneurs vivants.

#### Conseils :

Le cadre conceptuel ou les lignes directrices sont en place pour prévenir ou gérer les conflits d'intérêts entre les membres du personnel, empêcher la coercition des donneurs vivants potentiels, et veiller à la confidentialité et à l'équité pour les donneurs vivants potentiels et réels.



12.1.2 Afin de coordonner les services de dons d'organes et de tissus entre vivants tout au long du continuum, des partenariats sont mis en place avec les receveurs potentiels ayant une insuffisance fonctionnelle des organes et les prestataires de soins primaires.

#### Conseils :

Une communication ouverte et une collaboration avec ces organismes facilitent les soins pendant le déplacement des usagers, permettent un acheminement des dons et des transferts plus efficaces et contribuent à l'atteinte de résultats positifs en matière de don et de transplantation. Les organismes qui gèrent des usagers ayant une insuffisance fonctionnelle des organes peuvent englober les centres de dialyse et les autres hôpitaux.



12.1.3 Un accès en temps opportun aux salles d'opération, aux lits de l'unité de soins intensifs (USI) et aux chambres standard est fourni pour procéder au prélèvement des organes et offrir des soins de suivi.



12.1.4 Un manuel des procédures d'opérations normalisées (PON) est mis à la disposition de tous les membres de l'équipe responsable des dons entre vivants.



12.1.5 Le manuel des procédures d'opérations normalisées (PON) doit être signé et daté par le directeur médical du programme de don d'organes et de tissus entre vivants ou son remplaçant désigné.












12.1.6 Chaque procédure d'opération normalisée (PON) contient le titre et l'objectif de la procédure, un numéro d'identification unique, la date d'entrée en vigueur et des révisions, la signature de la ou des personnes qui ont approuvé le manuel, la date d'autorisation, un plan détaillé des étapes à suivre ainsi que la personne responsable de vérifier, de réviser et d'approuver les PON.



12.1.7 Les procédures d'opération normalisées (PON) font l'objet d'une évaluation et d'un examen annuels, et selon les résultats, les PON, les activités de formation et les processus de surveillance sont modifiés, au besoin.

<sup>15</sup> HSO Dons d'organes – Donneurs vivants, 2018. HSO 11008 :2018

-  12.1.8 Les procédures d'opération normalisées (PON) pertinentes font l'objet d'un examen à la suite d'un incident lié à la sécurité des usagers, de changements aux exigences réglementaires et prévues par la loi, de vérifications internes ou externes et d'autres situations définies dans les politiques du programme.
-  12.1.9 Les membres de l'équipe responsable des dons provenant de donneurs vivants indiquent par écrit qu'ils ont lu, compris, signé et reçu une formation sur les procédures d'opération normalisées (PON), au besoin.
-  12.1.10 Une vérification indépendante est menée tous les deux ans par l'intermédiaire d'une personne neutre, afin de vérifier que l'équipe respecte les procédures d'opération normalisées (PON).
- Conseils :**
- La personne qui effectue la vérification n'est directement responsable d'aucune activité de dons entre vivants, qui font l'objet de la vérification.
-  12.1.11 Le programme de don entre vivants est supervisé par un directeur médical qualifié ou son remplaçant désigné.
- Conseils :**
- Le directeur médical du programme de don entre vivants ou son remplaçant désigné est un médecin ou un chirurgien en titre qui a des connaissances spécialisées en dons d'organes et de tissus de donneurs vivants, en soins critiques, en prélèvement d'organes ou en transplantation.
-   12.1.12 Un éthicien est à la disposition de l'équipe et celle-ci peut le consulter sur des questions d'éthique liées au don d'organes et de tissus prélevés sur des donneurs vivants.
- Conseils :**
- Il est important d'avoir accès à un éthicien pour protéger les intérêts des donneurs vivants et élaborer un cadre éthique ou des lignes directrices pour orienter le processus de don d'organes provenant de donneurs vivants. On peut consulter l'éthicien dans les situations où les membres de l'équipe qui ont effectué les évaluations médicales et psychosociales ne peuvent s'entendre sur l'acceptabilité d'un donneur, p. ex., lorsque les membres de l'équipe remettent en question la capacité du donneur ou soupçonnent la présence d'une coercition visant à effectuer le don.
-  12.1.13 Le directeur médical ou son remplaçant désigné veille à faire le suivi de la formation et de l'enseignement et s'assure de la mise à jour des connaissances selon les progrès réalisés dans le domaine.
-  12.1.14 Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un receveur potentiel, l'accès à un autre service est facilité.
- Conseils :**
- Dans le cas où l'organisme ne peut répondre aux besoins d'un receveur, les raisons sont expliquées et l'accès à d'autres services est facilité. L'information est consignée en vue d'être utilisée dans la planification des services.
-  12.1.15 Les usagers et les familles sont informés du membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leurs services et de la façon de joindre cette personne.

**Conseils :**

Le membre désigné peut être le membre de l'équipe collaborative qui est le plus régulièrement en contact avec l'utilisateur ou le principal prestataire responsable des soins.



12.1.16 Les données personnelles de l'utilisateur sont recueillies au moment de l'admission.



12.1.17 Les données sur l'état de santé et les antécédents médicaux de l'utilisateur sont recueillies pendant le processus d'admission afin de déterminer les services requis pour ce dernier.



12.1.18 En partenariat avec les usagers et les familles, 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.

**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, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'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 famille.

L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec l'utilisateur et la famille en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les familles ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

**Tests de conformité :**

**12.1.18.1** 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 familles.



12.1.19 Chaque donneur a la possibilité de discuter de son intention de donner un organe avec un mandataire qui défend ses intérêts fondamentaux, veille à la protection de ses droits et l'aide à obtenir de l'information sur le processus de don d'organes de donneurs vivants.

**Conseils :**

Le mandataire du donneur peut être un médecin, une infirmière, un coordonnateur des dons provenant de donneurs vivants ou un travailleur social clinique. Le mandataire du donneur ne participe pas aux soins du receveur (évaluation et décision de procéder à la transplantation) et possède des connaissances sur la transplantation et le don d'organes provenant de donneurs vivants.



12.1.20 Les usagers et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins.



**Conseils :**

Le milieu encourage les usagers et les familles à prendre une part active dans leurs soins, à poser des questions et à émettre des commentaires à toutes les étapes du processus de soins.



12.1.21 Les souhaits de l'utilisateur quant à la participation de la famille à ses soins sont respectés.

**Conseils :**

L'équipe trouve des façons d'inclure des membres du réseau de soutien de l'utilisateur à ses soins.

Si une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur ou un membre de sa famille participe à la prise de décisions, les lois en vigueur sont respectées. Il existe un processus pour régler les conflits entre l'utilisateur et la famille concernant le niveau souhaité de participation.



12.1.22 Le donneur vivant reçoit des documents faciles à comprendre visant à expliquer les étapes du processus de don d'organes et de tissus prélevés sur des donneurs vivants.

**Conseils :**

Pour être faciles à comprendre, les documents écrits devraient être fournis dans la langue maternelle du donneur potentiel, et à un niveau de lecture approprié.



12.1.23 Au besoin, le donneur vivant a accès aux services d'un interprète professionnel.

**Conseils :**

Les membres de la famille ne devraient pas agir à titre d'interprètes afin de réduire le risque de coercition.



12.1.24 L'équipe responsable des dons entre vivants vérifie si l'information fournie est comprise par le donneur vivant.

**Conseils :**

L'équipe peut vérifier si le donneur vivant comprend l'information fournie, par exemple, en lui demandant de la lui répéter, en lui faisant remplir un formulaire de consentement détaillé ou en veillant à ce que deux médecins ou membres de l'équipe responsable des dons provenant de donneurs vivants rencontrent tous les usagers.



12.1.25 Le consentement au don d'organes provenant de donneurs vivants constitue un processus continu et le donneur vivant potentiel est informé qu'il peut se retirer à tout moment.



12.1.26 La capacité de l'utilisateur à fournir un consentement éclairé est évaluée.

**Conseils :**

L'évaluation de la capacité de l'utilisateur à fournir son consentement est un processus continu. Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre l'information pertinente à la prise de décisions, de prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et de comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier.

Les lois fédérales, provinciales et territoriales sont respectées en ce qui concerne le travail auprès des enfants et des jeunes. Dans les cas où les usagers sont des personnes âgées, des mineurs ou des personnes jugées incapables de donner un consentement,

ceux-ci participent le plus possible aux décisions concernant leurs services, et l'équipe accorde de l'importance à leurs questions et à leurs commentaires.



- 12.1.27 Tous les donneurs vivants potentiels ont la possibilité de prendre du temps pour réfléchir entre le moment où ils donnent leur consentement et l'intervention prévue relative au don afin de songer à leur décision de procéder au don et d'éviter qu'ils sentent qu'on exerce sur eux une coercition ou une pression.

**Conseils :**

La période de réflexion permet aux donneurs vivants potentiels qui en ont besoin d'avoir du temps pour examiner leur choix.



- 12.1.28 Le consentement du donneur vivant potentiel est obtenu et consigné au dossier de celui-ci aux deux étapes du processus : avant d'effectuer l'évaluation de l'acceptabilité médicale et avant de procéder au prélèvement des organes.

**Conseils :**

Le donneur vivant potentiel doit donner son consentement éclairé à l'évaluation de l'acceptabilité médicale et aux examens radiologiques, étant donné que l'évaluation peut révéler un état ou un problème de santé qu'il ignore.



- 12.1.29 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Un milieu où les usagers, les familles et les membres de l'équipe sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes est favorisé. L'organisme fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les familles peuvent obtenir des conseils ou une consultation. En cas d'utilisation de dossiers de santé électroniques, il existe un processus pour recevoir les plaintes et les questions des usagers au sujet de la confidentialité des dossiers électroniques, et pour y donner suite.

Les allégations présentées par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi réglées.



- 12.1.30 Une évaluation complète de l'acceptabilité médicale et chirurgicale du donneur vivant est effectuée et consignée en partenariat avec le donneur vivant et sa famille afin d'évaluer et de limiter les risques pour le donneur vivant potentiel après le don et de déterminer l'acceptabilité de l'organe.



- 12.1.31 L'évaluation de l'acceptabilité médicale du donneur vivant est effectuée par un médecin ou un chirurgien neutre possédant de l'expérience en matière de don d'organes provenant de donneurs vivants et qui ne participe pas à l'évaluation du receveur prévu réalisée avant la transplantation.

**Conseils :**

Le médecin neutre peut agir à titre de mandataire du donneur afin d'éviter un conflit d'intérêts dans le processus de don d'organes provenant de donneurs vivants.



- 12.1.32 Les analyses sérologiques de dépistage en laboratoire, les analyses sanguines et les tests de dépistage des maladies infectieuses nécessaires sont effectués selon les normes en vigueur.



- 12.1.33 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

**Conseils :**

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider l'équipe à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils d'évaluation normalisés comporte des avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont une meilleure efficacité, une collecte de renseignements d'une plus grande exactitude, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

Les outils d'évaluation normalisés utilisés varieront selon les besoins de l'utilisateur et selon le type et la gamme de services fournis. L'échelle de fragilité clinique, l'inventaire de dépression de Beck ou l'interRAI sont des exemples d'outils d'évaluation normalisés. Les outils d'évaluation normalisés utilisés sont éclairés par des données probantes et utiles pour les services fournis.



- 12.1.34 Un examen physique est mené en temps opportun et les résultats sont consignés dans le cadre de l'évaluation de l'acceptabilité.

**Conseils :**

On procède à un examen physique pour déceler les facteurs de risque liés à la chirurgie ainsi que les risques de maladie de l'organe, d'infection et de malignité.

On doit également procéder à l'évaluation des donneurs vivants potentiels selon les risques associés à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale, ainsi que pour déterminer la santé de l'organe.



- 12.1.35 Des procédures sont en place pour les donneurs potentiels qui n'ont pas subi d'analyses complètes ou qui ont manqué à répétition des rendez-vous en vue de subir des analyses.

**Conseils :**

Quand les donneurs potentiels ne se présentent pas pour les analyses nécessaires, des procédures sont suivies, notamment l'établissement d'un nombre maximal de rendez-vous pour analyses manqués ou l'envoi d'une lettre indiquant que l'on se demande si le donneur veut encore procéder au don dans le cadre du programme.



- 12.1.36 Dans les cas où le receveur est gravement malade, les mêmes normes d'évaluations et d'examen complets relatifs à l'acceptabilité du donneur sont respectées.

**Conseils :**

Le fait que l'état du receveur prévu se détériore rapidement n'est pas une raison justifiable pour effectuer des évaluations et des examens moins rigoureux.



- 12.1.37 Les préférences de l'utilisateur et les options relatives aux services sont discutées dans le cadre de l'évaluation, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, de même que les différentes options possibles pour ses soins et services sont discutées avec l'utilisateur et la famille. L'équipe et l'utilisateur s'engagent dans une prise de décisions conjointe qui tient compte des préférences de l'utilisateur, des résultats attendus et des risques et bienfaits liés aux options.

Par exemple, diverses stratégies de gestion de la douleur peuvent faire l'objet de discussions, comme les analgésiques, ce qui comprend les opioïdes et les adjuvants, de même que les interventions d'ordre physique, comportemental et psychosocial, et l'utilisateur peut choisir l'option qu'il préfère.

Les possibilités d'autosoins, la vie privée, les visiteurs, les traitements, les tests et les soins personnels comme ceux liés au sommeil, au bain et à l'alimentation comptent parmi les autres préférences discutées.



12.1.38 Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.



12.1.39 Les résultats de l'évaluation sont communiqués à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe en temps opportun et de manière facile à comprendre.

**Conseils :**

La communication des résultats des évaluations, lorsque nécessaire, améliore la clarté et évite la répétition. Pour que l'information soit facile à comprendre, les renseignements sont adaptés au niveau d'alphabétisme de l'utilisateur, à sa langue et à sa culture.



12.1.40 Le travailleur social ou le psychiatre clinique en titre de l'équipe, qui est indépendant de l'évaluation du receveur prévu réalisée avant la transplantation, effectue et consigne une évaluation psychosociale du donneur vivant.



12.1.41 L'évaluation de l'acceptabilité psychosociale est déterminée au moyen d'une entrevue de type semi-dirigée.



12.1.42 L'évaluation psychosociale permet d'évaluer la stabilité psychologique, émotionnelle et sociale du donneur vivant potentiel, sa capacité de prendre des décisions et ses compétences à cet égard, sa capacité de gérer les conséquences et les risques possibles sur les plans psychosocial et financier; sa relation avec le receveur, la raison de son don ainsi que la mesure dans laquelle ses attentes relatives au don et à la transplantation sont raisonnables. L'évaluation permet aussi de déterminer si la décision de consentir au don est prise librement, sans pression ni coercition.

**Conseils :**

L'évaluation peut permettre d'étudier la façon dont le donneur a décidé d'envisager le don et a pris la décision d'y consentir, le déclin possible de sa dynamique familiale et ses attentes relatives au don et à la transplantation, p. ex. en ce qui concerne sa relation avec le donneur et le fait que la transplantation pourrait être un échec malgré le don.



12.1.43 Dans le cadre de l'évaluation psychosociale, l'équipe vérifie que le donneur aura accès à des soins médicaux et psychosociaux appropriés par la suite, tels que des soins postopératoires, les soins résultant de complications, le suivi médical à long terme et le soutien psychosocial.

**Conseils :**

Le soutien psychosocial peut comprendre le soutien pour des états psychologiques ou émotionnels tels que l'anxiété et la dépression, ainsi que le soutien social tel que l'assurance emploi ou d'autres ressources financières appropriées.



12.1.44 À la suite des évaluations médicales et psychosociales, l'équipe responsable des dons provenant de donneurs vivants se réunit pour discuter de tous les aspects des évaluations interdisciplinaires de l'acceptabilité et créer un plan de chirurgie, si l'on en vient à un consensus.



12.1.45 S'il n'est pas possible d'arriver à un consensus sur l'acceptabilité médicale et psychosociale du donneur potentiel, un processus visant à décider de procéder ou non au don est suivi.

**Conseils :**

Le processus peut comprendre la consultation d'autres experts en médecine, d'un bioéthicien, d'un avocat-conseil, de membres de l'administration de l'hôpital ou d'autres ressources externes pour les aider à prendre une décision.



- 12.1.46 Des dispositions nécessaires pour les soins médicaux appropriés aux donneurs potentiels jugés inadéquats pour des raisons médicales sont prises.

**Conseils :**

Prendre les dispositions nécessaires peut comprendre la communication des résultats au prestataire de soins primaires du donneur potentiel et la recommandation d'un suivi.



- 12.1.47 Si un donneur potentiel est jugé inadéquat, il est assuré du fait que les raisons pour lesquelles on ne procède pas au don seront maintenues confidentielles.



- 12.1.48 L'accès à du counseling auprès d'un travailleur social ou d'un psychologue afin d'aider les usagers à gérer la découverte d'un problème médical inattendu ou d'une question telle que l'absence de lien de paternité est facilité.



- 12.1.49 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.

**Conseils :**

Le plan d'intervention interdisciplinaire repose sur les résultats de l'évaluation de même que sur les objectifs et les résultats attendus des services. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des autres membres de l'équipe, d'autres organismes, ainsi que des usagers et des familles. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents de l'usager, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments, y compris les problèmes ou les réactions indésirables liés aux médicaments.

Le plan comprend le lieu de prestation et la fréquence des services, les délais avant le début des services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des services, la façon dont sera évaluée l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.



- 12.1.50 Des membres déterminés de l'équipe sont chargés de fournir de l'enseignement et du counseling aux donneurs vivants potentiels sur les exigences relatives au suivi à court terme et à long terme à la suite du don.

**Conseils :**

Un suivi à court terme peut être effectué par l'équipe responsable des dons provenant de donneurs vivants, tandis que le suivi à long terme peut être effectué par le prestataire de soins primaires du donneur. Les soins de suivi varieront selon le type de dons provenant de donneurs vivants (p. ex., tension artérielle, glycémie, analyses d'urine et taux sérique de créatinine pour les donneurs de rein; épreuves de fonction hépatique et ultrason pour les donneurs de foie; et mesures de la fonction pulmonaire, saturation en oxygène et radiographie pulmonaire pour les donneurs de poumon).

L'enseignement est interactif. Les ressources peuvent comprendre des renseignements sur les séances d'information à l'intention des donneurs et des soignants (individuelles ou en groupe) ainsi que des documents imprimés sur les ressources communautaires, les services de soins à domicile et la réadaptation.



- 12.1.51 De l'enseignement est offert aux donneurs vivants potentiels sur le rétablissement après le prélèvement, les changements possibles au mode de vie et la nécessité de maintenir un mode de vie sain après le don.

**Conseils :**

Après le don, il est possible que les donneurs vivants, les familles et les soignants constatent des changements, p. ex., retour au travail ou besoin de soutien d'un soignant. On doit fournir de l'enseignement sur les problèmes ou changements possibles, les stratégies pouvant être adaptées pour faire face à ces changements ainsi que les ressources et les personnes-ressources. On devrait également donner de l'information sur un mode de vie sain.



- 12.1.52 L'enseignement et les ressources fournis correspondent au type de don fait, de même qu'à la réceptivité et aux besoins du donneur vivant.

**Conseils :**

L'enseignement et les ressources sont offerts dans une variété de langues et sous diverses formes (écrites, orales, en groupe, counseling) et dépendent des besoins particuliers du donneur.



- 12.1.53 L'enseignement qui a été offert au donneur vivant potentiel avant son congé est consigné à son dossier médical.

**Conseils :**

La documentation précise le moment où l'enseignement a été fourni, le type d'enseignement offert, le matériel remis et le contenu examiné, les membres de la famille qui étaient présents, la durée de la séance et la personne ayant fourni l'enseignement.



- 12.1.54 Avant la procédure de don, des processus sont établis concernant la façon dont se fera la communication entre le donneur et le receveur afin de maintenir la confidentialité.

**Conseils :**

Selon la relation entre le donneur et le receveur, ils pourraient vouloir communiquer ou être informés des progrès de chacun. La façon dont cela se fera devra être établie avant l'intervention, de façon à maintenir la confidentialité, s'il y a lieu.



- 12.1.55 Une procédure pour répondre aux demandes de distribution exceptionnelle d'organes est mise en place et consignée.

**Conseils :**

La distribution exceptionnelle est la remise à un programme de transplantation d'organes provenant d'un donneur dont l'évaluation de l'acceptabilité a permis de cerner un risque accru de transmission de maladies. La distribution exceptionnelle ne peut être permise que dans des circonstances où elle est médicalement justifiée et dans lesquelles les bienfaits possibles surpassent le risque éventuel pour le receveur.



- 12.1.56 Le consentement éclairé du donneur vivant doit être obtenu avant d'informer le receveur de tout comportement à risque non précisé ou de raisons pour une distribution exceptionnelle.



- 12.1.57 Les circonstances entourant la distribution exceptionnelle ainsi que la date et l'heure et les noms des médecins du programme de don et du centre de transplantation ayant participé au processus lié à la distribution exceptionnelle sont consignés au dossier du donneur.



12.1.58 L'avis de distribution exceptionnelle doit inclure le nom de l'organe concerné, les analyses non effectuées ou les conditions non respectées; les raisons justifiant la distribution exceptionnelle, le nom de l'organisme et la signature du médecin ou chirurgien spécialisé en transplantation qui autorise la distribution de l'organe, les noms des médecins ayant participé au processus lié à la distribution exceptionnelle et la date de l'autorisation.



12.1.59 Après la distribution exceptionnelle, les analyses d'acceptabilité du donneur sont réalisées et les résultats sont communiqués au programme de transplantation.



12.1.60 La nécessité de recourir aux distributions exceptionnelles est réduite au minimum grâce à l'assurance que les analyses pertinentes sont disponibles pour distribuer adéquatement les organes.



12.1.61 Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.

NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.

#### Conseils :

Thrombo-embolie veineuse (TEV) est le terme composé désignant la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP).

La TEV est une complication grave et courante chez les usagers hospitalisés ou subissant une chirurgie. L'incidence des TEV peut être réduite ou évitée en ciblant les usagers qui risquent d'avoir une TEV et en effectuant les interventions appropriées, éclairées par des données probantes. *Les American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines* s'avèrent une ressource utile pour la prévention des TEV.

L'impact considérable de la thrombo-embolie veineuse aux plans humain et financier est bien documenté. La TEV est associée à une augmentation des décès chez les usagers; elle constitue la cause évitable de mortalité à l'hôpital la plus courante. Le recours à une thromboprophylaxie appropriée qui est éclairée par des données probantes réduit les coûts et la durée moyenne de séjour.

De nombreux guides de pratique clinique fondés sur des données probantes recommandent la thromboprophylaxie pour des groupes importants d'usagers ou pour des sous-groupes. Ces guides s'avèrent des ressources très utiles et correspondent généralement à la norme de pratique acceptée.

#### Tests de conformité :

12.1.61.1 Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.

12.1.61.2 Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.

12.1.61.3 Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en œuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.

12.1.61.4 Les usagers en chirurgie orthopédique lourde (c.-à-d. arthroplastie de la hanche et du genou ou chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche) qui nécessitent une prophylaxie après le congé sont ciblés, et un mécanisme est en place pour leur offrir la prophylaxie appropriée après le congé.



12.1.61.5 De l'information est fournie aux usagers et aux membres de l'équipe sur les risques et la façon de prévenir la TEV.

12.1.62 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.

**Conseils :**

Les interventions chirurgicales s'avèrent un des éléments de plus en plus complexes des 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. Chaque liste de contrôle comporte trois étapes :

- i. réunion préparatoire - avant l'induction de l'anesthésie;
- ii. temps d'arrêt préopératoire - avant l'incision;
- iii. compte rendu postopératoire - avant que le patient quitte la salle d'opération.

**Tests de conformité :**

12.1.62.1 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.

12.1.62.2 La liste de contrôle est utilisée pour chaque intervention chirurgicale.

12.1.62.3 Un processus est en place pour vérifier le respect de la liste de contrôle.

12.1.62.4 L'utilisation de la liste de contrôle est évaluée et les résultats sont communiqués à l'équipe.

12.1.62.5 Les résultats de l'évaluation sont utilisés pour améliorer la mise en œuvre et élargir l'utilisation de la liste de contrôle.



12.1.63 Une évaluation peropératoire est réalisée afin de vérifier la présence d'une infection ou d'une malignité et d'évaluer la qualité physique de l'organe prélevé.



12.1.64 Toute infection, malignité ou anomalie inattendue découverte pendant l'évaluation peropératoire est déclarée.



12.1.65 L'information relative à l'évaluation de l'acceptabilité médicale et chirurgicale du donneur fait l'objet d'un examen avant le prélèvement de l'organe.



12.1.66 Les organes sont prélevés au moyen de techniques aseptiques pour maintenir la sécurité du donneur vivant et prévenir la contamination des organes prélevés.



12.1.67 Les organes prélevés font l'objet d'une inspection pour relever toute anomalie et les conclusions sont consignées au dossier médical pour l'équipe de transplantation.





12.1.68 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.



12.1.69 Après la procédure de prélèvement du don, les donneurs vivants reçoivent un accès rapide aux services interdisciplinaires pertinents.

**Conseils :**

Les services interdisciplinaires peuvent comprendre les services offerts par les chirurgiens, les médecins, les infirmières, les spécialistes de la douleur, les infirmières praticiennes, les nutritionnistes, les thérapeutes en réadaptation, les travailleurs sociaux et les psychologues.



12.1.70 Les donneurs vivants sont informés de ce en quoi consiste le plan de soins postopératoires.

**Conseils :**

Le plan de soins suivant le don comprend les soins postopératoires qui seront offerts au donneur pendant son séjour à l'hôpital.



12.1.71 L'état de santé de l'usager est réévalué en partenariat avec l'usager, et des mises à jour sont consignées dans son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état de santé.

**Conseils :**

Le fait de ne pas signaler un changement dans l'état de l'usager ou de tarder à le faire, en particulier lorsqu'il y a une détérioration de son état, constitue un obstacle important à la prestation de soins et de services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans l'état de santé de l'usager est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.



12.1.72 Le donneur vivant fait l'objet de surveillance afin de détecter toute douleur ou complication immédiatement après la chirurgie.

**Conseils :**

Les complications peuvent varier selon le type de procédure de don d'organes, et peuvent englober des réactions à l'anesthésie, des complications particulières à l'organe, des caillots sanguins, une pneumonie, une infection, la douleur et l'inconfort.



12.1.73 En cas d'incident lié à la sécurité du receveur, des services de soutien psychosocial sont offerts au donneur, s'il y a lieu.



12.1.74 Les progrès de l'usager par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'usager, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.

**Conseils :**

La consignation des progrès de l'usager par rapport aux objectifs est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et, elle inclut l'usager et sa famille. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés, la discussion avec les usagers et les familles et l'observation.



12.1.75 Des plans de soins suivant le don et de soins de suivi à long terme sont élaborés en partenariat avec le donneur et sa famille.

**Conseils :**

Les donneurs vivants reçoivent de l'information sur les soins de suivi et la façon d'accéder aux services une fois qu'ils ont quitté l'établissement.

Un suivi postopératoire à court terme par un membre de l'équipe médicale ou chirurgicale de transplantation est recommandé dans les 4 à 12 semaines après la chirurgie, et 12 mois après la chirurgie pour tous les donneurs vivants. Si ces services ne peuvent être offerts par l'équipe responsable des dons provenant de donneurs vivants (p. ex., le donneur habite à une distance importante du programme), les donneurs vivants font l'objet d'une assistance pour y accéder, ou ces services peuvent être offerts par des prestataires de soins primaires.

Pour le suivi à long terme, il est recommandé que les donneurs soient responsables d'accéder aux soins (p. ex., par l'intermédiaire de leur prestataire de soins primaires) après la première année.



- 12.1.76 Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition de l'utilisateur, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.

**Conseils :**

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible dans le cadre du processus de soins. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour l'utilisateur sont déterminés. Certains facteurs ont une influence sur la capacité de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisme.



- 12.1.77 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan d'intervention interdisciplinaire que ce soit vers la maison, une autre équipe, un autre niveau de soins ou qu'il s'agisse de la fin des services, améliore la coordination entre les équipes et les organismes partenaires et aide à préparer l'utilisateur pour la fin des services. La participation de l'utilisateur à la planification de la fin des services assure que l'utilisateur et la famille sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition de l'utilisateur, de même que ses besoins et préférences après les soins font partie du plan d'intervention interdisciplinaire. La discussion peut comprendre le suivi après les soins, la capacité relative à l'auto-administration des soins, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



- 12.1.78 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

**Conseils :**

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication (comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins posthospitaliers, la relecture et la reformulation) favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente et des outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisme. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisme. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les familles de répéter l'information. Les usagers et les familles ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

#### Tests de conformité :

- 12.1.78.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 12.1.78.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 12.1.78.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 12.1.78.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 12.1.78.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :
  - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information
  - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin
  - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

12.1.79 Les donneurs vivants reçoivent des directives écrites concernant leur congé.

#### Conseils :

La continuité des soins est améliorée lorsque les donneurs vivants disposent de renseignements complets à propos de la cessation des services. Les renseignements fournis aux donneurs et aux familles englobent notamment le plan de services du donneur, ses buts et ses préférences, un résumé des soins prodigués, une liste à jour des problèmes cliniques et autres du donneur; ce à quoi s'attendre à la cessation des services; les limites possibles relatives au régime alimentaire et aux activités; les coordonnées de l'équipe responsable des dons provenant de donneurs vivants et des détails sur les moments où on peut la joindre, p. ex. si les donneurs constatent des signes et symptômes indiquant des réactions indésirables.

12.1.80 Le donneur est informé sur la façon d'accéder aux services de soutien de suivi qui abordent les questions psychosociales liées au don.



- 12.1.81 L'équipe responsable des dons provenant de donneurs vivants communique avec le médecin de soins primaires du donneur vivant pour prendre les dispositions de soins de suivi à long terme.

**Conseils :**

Le médecin de soins primaires du donneur doit savoir que le donneur aura besoin d'examens de suivi à intervalles réguliers, ainsi que d'examens portant, entre autres, sur l'exercice, le régime alimentaire et le poids.



- 12.1.82 À la suite du congé, le donneur ou son prestataire de soins primaires est joint en vue de transférer les renseignements sur le donneur et recueillir des données sur son état de santé.



- 12.1.83 Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.

**Conseils :**

Le dossier de l'utilisateur, qui réunit toute l'information à un seul endroit, est accessible à l'équipe qui offre les soins, y compris aux usagers.



- 12.1.84 Un dossier précis, à jour et protégé sur chaque donneur vivant potentiel est tenu, distinct du dossier du greffé.

**Conseils :**

Le dossier du donneur vivant doit inclure le consentement du donneur, des rapports écrits par les personnes chargées d'effectuer les évaluations de l'acceptabilité médicale et psychosociale, les analyses effectuées et les résultats obtenus, des remarques sur le prélèvement et l'étiquetage, l'identité des personnes qui ont effectué le travail, les renseignements sur les incidents liés à la sécurité des usagers et les dates de chacune des étapes du processus.



- 12.1.85 Chaque donneur vivant se voit attribuer un numéro d'identification unique.

**Conseils :**

Le numéro d'identification unique assure la confidentialité et la traçabilité entre les donneurs, les organes donnés et les receveurs.



- 12.1.86 Les organes peuvent être retracés entre le donneur et le receveur.

**Conseils :**

L'utilisation d'une documentation complète et des numéros d'identification uniques permettent de retracer les organes entre les donneurs vivants et les receveurs. Les organismes de dons d'organes (ODO) peuvent recueillir et consigner certains renseignements nécessaires pour retracer les organes entre les donneurs et les receveurs.



- 12.1.87 Les renseignements sur les donneurs sont transmis aux autres équipes ou organismes, avec le consentement du donneur vivant.

**Conseils :**

Les autres organismes englobent les prestataires de soins primaires, les centres de transplantation et les services de soutien pendant le suivi. La transmission des renseignements sur les donneurs vivants respecte les lois provinciales applicables sur la protection de la vie privée.



12.1.88 Des dispositions particulières sont prises pour maintenir la santé et la sécurité à long terme des donneurs vivants qui présentent un risque élevé de complications ou d'anomalies médicales isolées.

## 12.2 Prévention et contrôle des infections - Services de dons d'organes (donneurs vivants)



12.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

### Conseils :

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

### Tests de conformité :

**12.2.1.1** La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :

- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
- mesurer l'utilisation d'un produit;
- inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
- évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

12.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

12.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.



12.2.2 La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

**Conseils :**

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes d'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit:

- avant le contact initial avec l'usager ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

**Tests de conformité :**

12.2.2.1 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



12.2.3 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

**Conseils :**

Les usagers, les familles et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres.



12.2.4 Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.

**Conseils :**

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.



- 12.2.5 Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.



- 12.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.

**Conseils :**

Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.



- 12.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

**Conseils :**

Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).



- 12.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.

**Conseils :**

Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.



- 12.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

**Conseils :**

Par exemple, l'organisme peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.



- 12.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.

**Conseils :**

Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.



- 12.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.

**Conseils :**

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

**12.3 Gestion des médicaments - Services de dons d'organes (donneurs vivants)**


- 12.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.



- 12.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.












**Conseils :**

L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).



- 12.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.



-  12.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.
- Conseils :**
- Par exemple, l'utilisateur peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.
-  12.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.
-  12.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.
-  12.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.
- Conseils :**
- Les critères de sélection englobent la capacité de l'utilisateur à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.
-  12.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.
- Conseils :**
- Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'utilisateur dans un tiroir verrouillé.
-  12.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.
-  12.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.
- Conseils :**
- Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.
-   12.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'utilisateur avant son administration.
-   12.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.
- Conseils :**
- La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'utilisateur ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi

être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.



- 12.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'utilisateur l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.

**Conseils :**

Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'utilisateur a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.



- 12.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.

**Conseils :**

Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'utilisateur. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.



- 12.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque utilisateur sont surveillés et consignés.

**Conseils :**

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des utilisateurs et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments.



- 12.3.16 Chaque utilisateur est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments.



- 12.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des utilisateurs afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

**Conseils :**

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



- 12.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux utilisateurs et aux familles les incidents liés à la sécurité des utilisateurs sont respectées.

**12.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de dons d'organes (donneurs vivants)**



- 12.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

**Conseils :**

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.



- 12.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après

leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

**Conseils :**

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.



- 12.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

## Chapitre 13 : Services de dons d'organes (donneurs décédés)

Ces services sont offerts dans les établissements de soins de courte durée qui ont une équipe responsable des dons et couvrant le continuum des services suivants : prendre soin des donneurs décédés lorsqu'ils sont identifiés et référés à l'Organisme des dons d'organes (ODO) aux fins de prélèvement d'organes et de tissus spécifiques.<sup>16</sup>

### 13.1 Épisode de soins - Services de dons d'organes (donneurs décédés)



13.1.1 Le don d'organes et de tissus fait partie des priorités stratégiques de l'organisme.



13.1.2 Des politiques en matière de don d'organes et de tissus sont élaborées avec l'apport des usagers et des familles.



13.1.3 Une politique sur le don d'organes et de tissus à la suite d'un décès circulatoire<sup>17</sup> est élaborée avec l'apport des usagers et des familles.

#### Conseils :

La politique sur le don d'organes et de tissus à la suite d'un décès circulatoire précise si l'organisme a du soutien en place ou offre des services relatifs au don d'organes et de tissus à la suite d'un décès circulatoire. La déclaration claire de la position adoptée à ce propos prévient la confusion et le manque d'uniformité dans la pratique clinique.



13.1.4 Si aucun service relatif au don d'organes et de tissus après décès circulatoire n'est offert par l'organisme, un processus est en place pour répondre aux demandes de la famille à ce sujet.

#### Conseils :

Des exemples de processus fournissent des renseignements à la famille ou l'acheminent vers des organismes appropriés.



13.1.5 Les objectifs comprennent l'identification et l'acheminement de chaque donneur potentiel.

#### Conseils :

Les soins de fin de vie englobent le choix qui est offert au donneur potentiel de faire un don et ce choix peut être une exigence de la loi.



13.1.6 Tout au long du continuum de soins, les services aux donneurs sont coordonnés avec les organismes de dons d'organes (ODO), les banques de tissus et les centres de transplantation.

#### Conseils :

Une communication ouverte et une collaboration avec les ODO, les banques de tissus et les centres de transplantation facilitent les soins pendant le déplacement des usagers, permettent un acheminement des dons et des transferts plus efficaces et contribuent à l'atteinte de résultats positifs en matière de transplantation.

<sup>16</sup> HSO Dons d'organes et de tissus – donneurs décédés, 2018. HSO 11006 :2018

<sup>17</sup> Décès circulatoire (cardiocirculatoire) (DDC) : don d'organes après que l'équipe traitante et la famille ou les proches ont décidé de cesser les TMFV du patient et que son décès est constaté par critères circulatoires et confirmé par deux médecins.



13.1.7 Une liste à jour des professionnels de la santé des programmes de transplantation autorisés à accepter et à recevoir les organes au nom du programme de transplantation est conservée.



13.1.8 Un comité qui s'occupe du don d'organes et de tissus et qui est responsable de surveiller et d'améliorer la qualité du programme de don est établi avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Le comité qui s'occupe du don d'organes et de tissus est formé de représentants interdisciplinaires qui participent au don, comme les administrateurs, les gestionnaires, les médecins et les infirmières.



13.1.9 Les données sur les dons font l'objet d'un examen régulier par le comité qui s'occupe du don d'organes et de tissus, et un rapport contenant cette information ainsi que des recommandations de stratégies d'amélioration est présenté à l'équipe de la haute direction de l'organisme.

**Conseils :**

Le comité qui s'occupe du don d'organes et de tissus se réunit régulièrement. Les comptes rendus des réunions démontrent que le comité examine les données sur les dons, fait rapport de l'information à l'équipe de haute direction de l'organisme et qu'il fait des recommandations d'amélioration.



13.1.10 Des responsables avec l'expertise et les compétences en matière de dons d'organes et de tissus sont chargés de la promotion du don d'organes et de tissus.

**Conseils :**

Ces champions et responsables font la promotion du don d'organes et de tissus partout dans l'organisme en fournissant de l'enseignement et des mises à jour au personnel et en distribuant de l'information sur les questions relatives aux dons et sur les progrès réalisés dans ce domaine.



13.1.11 Les membres de l'équipe responsable des dons reçoivent des outils de communication, comme des téléavertisseurs et des téléphones cellulaires, aux fins de relais et de coordination rapides des possibilités de dons.



13.1.12 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Le fait de s'assurer d'avoir le niveau d'expérience et de compétence optimal favorise une prestation de services sûrs, efficaces et centrés sur l'utilisateur en plus de créer des possibilités d'apprentissage entre les membres de l'équipe.

Des ratios optimaux d'expérience et de compétence fondés sur des données probantes sont déterminés. Les membres de l'équipe possèdent une vaste gamme de connaissances et d'habiletés, de même qu'une solide expérience de travail auprès de différents groupes d'utilisateurs.

Les usagers et les familles ont un point de vue unique sur le niveau d'expérience et de compétences offert par leur équipe. Ils pourraient être en mesure d'indiquer les services que leur équipe de soins n'a pu leur offrir, de même que les compétences et les connaissances individuelles qui pourraient améliorer l'expérience vécue par l'utilisateur. Par exemple, les usagers et les familles peuvent être bien placés pour reconnaître une lacune sur le plan des ressources ou des connaissances dans l'équipe (p. ex. connaissance des ressources communautaires, expérience de travail auprès des usagers et des familles).

aux prises avec certaines maladies, certains obstacles, ayant différents niveaux de compréhension ou parlant différentes langues), de même que les aspects qui pourraient améliorer la communication (p. ex. entre les équipes, entre les prestataires, la façon dont l'équipe communique avec les usagers et les familles ainsi que les moments où elle le fait).



- 13.1.13 Un espace à l'unité des soins intensifs (USI), et les services de laboratoire et de diagnostic nécessaires pour offrir des services efficaces de don d'organes et de tissus sont mis à la disposition de l'équipe.

**Conseils :**

Pour offrir des services de haute qualité, il faut avoir accès aux lits pour usagers hospitalisés et aux lits de l'unité de soins intensifs, aux laboratoires et aux banques de sang, de même qu'à l'espace nécessaire pour effectuer le travail de bureau.



- 13.1.14 Un espace privé près de l'unité de soins intensifs (USI) permet à l'équipe responsable des dons de rencontrer la famille des donneurs.



- 13.1.15 Un manuel des procédures d'opérations normalisées (PON) est à la disposition de tous les membres de l'équipe responsable des dons.

**Conseils :**

Il est possible que le manuel des PON soit fourni par l'organisme de dons d'organes (ODO).



- 13.1.16 Chaque procédure d'opération normalisée (PON) contient le titre et l'objectif de la procédure, un numéro d'identification unique, la date d'entrée en vigueur et des révisions, la signature de la ou des personnes qui ont approuvé le manuel et la date d'autorisation, un plan détaillé des étapes à suivre, la personne responsable de vérifier, de réviser et d'approuver la PON.



- 13.1.17 Des procédures d'opérations normalisées (PON) portent précisément sur les qualifications et les responsabilités des membres de l'équipe responsable des dons; les exigences relatives aux plans d'intervention interdisciplinaire des usagers; l'acheminement à organismes de dons d'organes (ODO); l'évaluation de l'acceptabilité du donneur; la gestion des donneurs; les intervalles de temps pour le prélèvement, la préservation et l'entreposage des organes et tissus; la préparation et le traitement des tissus; le prélèvement des organes et des tissus; le traitement des cas exigeant l'intervention d'un médecin légiste ou d'un coroner; la distribution exceptionnelle; la stérilisation des instruments; et la tenue des dossiers pour les organes, les tissus, les réactifs et les fournitures.

**Conseils :**

Certaines des PON peuvent être élaborées et mises à jour par le ODO, et d'autres par l'hôpital.















- 13.1.18 Le directeur médical ou son remplaçant désigné informe et forme les membres de l'équipe responsable des dons avant de mettre en œuvre une nouvelle procédure opératoire normalisée (PON) ou une PON révisée.



- 13.1.19 L'information sur la formation qu'a reçue l'équipe responsable des dons sur les procédures d'opération normalisées (PON) est consignée.



- 13.1.20 Le respect des procédures d'opérations normalisées (PON) par les membres de l'équipe responsable des dons fait l'objet d'une vérification régulière par le directeur médical ou son remplaçant désigné.

-  13.1.21 L'efficacité des procédures d'opérations normalisées (PON) est examinée et évaluée annuellement. Selon les résultats, les PON, les activités de formation et les processus de surveillance, sont modifiées au besoin.
-  13.1.22 Tous les changements apportés aux procédures d'opération normalisées (PON) font l'objet d'un suivi, et les numéros de version sont consignés.
-  13.1.23 Un coordonnateur des dons est disponible en tout temps pour l'acheminement des donneurs.
-  13.1.24 Le coordonnateur des dons est un médecin ayant les compétences et le permis de pratique requis, une infirmière autorisée ou un professionnel des soins de santé ayant deux années d'expérience dans un programme de don d'organes et de tissus ou dans un milieu clinique de soins de santé.
-  13.1.25 Les souhaits du donneur potentiel et sa volonté exprimée au sujet du don d'organes et de tissus sont respectés.
- Conseils :**
- Pour déterminer les souhaits et l'intention déclarée du donneur potentiel, les renseignements tirés de ses directives préalables ou du registre des donneurs ou obtenus auprès de sa famille et de ses amis sont mis à contribution.
-   13.1.26 En l'absence d'une volonté exprimée ou de souhaits, la famille du donneur potentiel reçoit suffisamment d'information pour qu'elle fasse un choix éclairé.
- Conseils :**
- Les familles des donneurs demandent de l'information sur le registre des donneurs et si le donneur a indiqué son choix dans le registre. Les familles demandent de l'information sur les divers aspects du processus de don, y compris la nécessité d'accéder au dossier médical du donneur, les exigences concernant les antécédents sociaux du donneur, l'examen physique, les analyses, et sur la confidentialité des résultats, et l'utilisation prévue des organes et tissus donnés.
-  13.1.27 Dans les organismes qui font des dons d'organes et de tissus après décès circulatoire, la possibilité du don d'organes est présentée à la famille après qu'elle ait décidé de mettre fin aux traitements de maintien des fonctions vitales (TMFV), mais avant de cesser le traitement de survie.
- Conseils :**
- La discussion et la décision relatives au retrait du traitement de maintien des fonctions vitales (TMFV) sont indépendantes de la discussion portant sur le don d'organes et de tissus. La gestion du processus de mort suit la pratique en place à l'unité de soins intensifs (USI) et n'est pas influencée par l'éventualité d'un don.
-   13.1.28 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné à son dossier avant que soit effectuée l'évaluation de l'admissibilité.
-  13.1.29 Les besoins des familles de faire le deuil de leur proche sont satisfaits.
-  13.1.30 Les familles endeuillées reçoivent de l'aide pour accéder à des services de counseling et de soutien émotionnel.
- Conseils :**
- Le counseling préparatoire au don comprend l'explication du processus associé aux dons, la nécessité d'avoir accès aux dossiers médicaux du donneur et les exigences

visant l'obtention de renseignements sur les antécédents sociaux du donneur, les examens physiques et les analyses.



- 13.1.31 L'information complète sur les donneurs potentiels et leurs antécédents est obtenue au moyen de questionnaires uniformisés.

**Conseils :**

L'information sur le donneur et ses antécédents peut être de nature médicale, comportementale ou sociale. Des questionnaires uniformisés sont utilisés pour recueillir l'information sur l'âge, la cause du décès, les antécédents médicaux, le risque lié au comportement, l'exposition aux risques, l'immunisation ou les transfusions.



- 13.1.32 Les donneurs potentiels sont sélectionnés à l'aide de critères d'exclusion propres aux différents organes et tissus.

**Conseils :**

Les critères d'exclusion varient en fonction de chaque type d'organe ou de tissu prélevé. Ils peuvent comprendre un décès dont la cause ne peut être déterminée, un décès causé par la rage ou un risque élevé de virus de l'immunodéficience humaine (VIH).



- 13.1.33 Un examen physique complet est effectué pour tous les donneurs potentiels.

**Conseils :**

Durant l'examen physique, l'équipe cherche des preuves de comportement à risques élevés, des signes d'infection bactérienne ou virale, la présence de malignité, de maladie transmissible ou de traumatisme à l'endroit où le prélèvement sera effectué.



- 13.1.34 Des analyses sérologiques de dépistage, des analyses sanguines et des tests de dépistage des maladies infectieuses sont effectués pour chaque donneur potentiel.



- 13.1.35 Il est possible d'accéder rapidement aux services de diagnostic et de laboratoire pour effectuer l'évaluation des donneurs potentiels.



- 13.1.36 Quand les résultats des tests de dépistage des maladies infectieuses sont positifs, une procédure documentée est suivie pour communiquer ces résultats aux autorités de la santé pertinentes, aux organismes de dons d'organes (ODO), aux banques de tissus, aux programmes de transplantation et au médecin du donneur.

**Conseils :**

Les protocoles pour les résultats positifs des tests de dépistage des maladies infectieuses sont précisés dans une procédure opératoire normalisée (PON) et comprennent dans tous les cas la communication des résultats aux autorités de la santé pertinentes.



- 13.1.37 Tous les aspects de l'évaluation de l'acceptabilité du donneur sont consignés au dossier médical.



- 13.1.38 Des protocoles normalisés sont suivis pour assurer la bonne gestion et le maintien des donneurs immédiatement après la déclaration du décès et durant les étapes d'évaluation.

**Conseils :**

Pour augmenter la probabilité de réussite des transplantations d'organes, les protocoles de gestion des donneurs fondés sur les meilleures pratiques, lesquels comprennent la surveillance de l'hémodynamique, de la glycémie et de la nutrition, des électrolytes, de



la température, des glandes endocrines, de l'oxygénation et de la ventilation, sont utilisés.



- 13.1.39 Pour les dons potentiels après décès circulatoire, après l'obtention du consentement de la famille et avant le retrait du traitement de maintien des fonctions vitales (TMFV), des interventions qui ne posent aucun préjudice au donneur potentiel ou qui n'accélèrent pas sa mort sont utilisées.

**Conseils :**

Les interventions devraient viser à améliorer les chances de réussite du don et ne présenter qu'un risque minimal pour le donneur.



- 13.1.40 Pour les dons après décès circulatoire, on respecte l'intervalle de temps maximum recommandé entre le retrait du traitement de maintien des fonctions vitales (TMFV) et le décès. L'approvisionnement et l'offre d'organes n'ont pas lieu si cet intervalle est dépassé.

**Conseils :**

Les limites de temps maximum sont établies par l'organisme ou le programme.



- 13.1.41 Quand l'évaluation est terminée, l'équipe chargée du prélèvement se voit accorder un accès en temps opportun aux salles d'opération pour le prélèvement des organes ou aux salles d'intervention pour le prélèvement des tissus.



- 13.1.42 Quand l'équipe chargée du prélèvement vient de l'extérieur de l'organisme, les dispositions nécessaires pour leur accorder des privilèges spéciaux sont prises.



- 13.1.43 Quand l'équipe chargée du prélèvement vient de l'extérieur de l'organisme, les titres de compétences et les qualifications de ses membres sont vérifiés avant le prélèvement des organes ou tissus.

**Conseils :**

Une liste à jour des médecins et chirurgiens associés spécialisés en transplantation et de leurs titres de compétences devrait être accessible. Cette liste peut être tenue à jour par l'organisme de dons d'organes (ODO).



- 13.1.44 L'information relative à l'évaluation du donneur est examinée avant le prélèvement des organes et tissus.



- 13.1.45 Le donneur est identifié par au moins un membre de l'équipe chargée du prélèvement avant le prélèvement des organes et tissus, et le numéro d'identification du donneur est consigné au dossier du donneur.



- 13.1.46 Si une biopsie est effectuée pour évaluer la pathologie, l'accès rapide à du personnel capable d'en faire la lecture est offert.



- 13.1.47 On consigne toutes les communications avec le coordonnateur de la transplantation au registre des communications, au dossier de l'usager ou dans les notes d'évolution.



- 13.1.48 Les organes et les tissus sont prélevés au moyen de techniques aseptiques pour maintenir la stérilité et prévenir la contamination des organes et tissus prélevés.



- 13.1.49 Au moment de prélever les organes et les tissus, on réduit au minimum les changements apparents au corps du donneur.

**Conseils :**

Quand les familles souhaitent exposer le défunt, l'équipe ne prélève pas de tissus du cou, des bras et du visage.



13.1.50 On inspecte les organes et tissus prélevés pour relever toute anomalie et consigne ses conclusions au dossier médical pour l'équipe de transplantation.



13.1.51 Après le prélèvement des organes et tissus, on reconstruit l'état anatomique du corps du donneur le plus près possible de l'état initial.



13.1.52 Lorsqu'elle en fait la demande, la famille a l'occasion de voir le corps du donneur après l'intervention de prélèvement.

**Conseils :**

L'accès au corps du donneur peut être limité dans le cas où une enquête est menée par le coroner ou le médecin légiste. Par conséquent, dans certaines circonstances, il peut être nécessaire d'obtenir la permission pour voir le corps à la suite du don.



13.1.53 Immédiatement après le prélèvement, on immerge les organes prélevés dans une solution froide conformément aux recommandations du fabricant pour les conserver durant le transport.



13.1.54 Les organes et les tissus sont emballés adéquatement pour maintenir leur intégrité, leur qualité et leur fonction à toutes les étapes du transport, de l'entreposage et de la distribution.

**Conseils :**

Seules la technique d'emballage à trois barrières et les méthodes d'emballage décrites dans la procédure opératoire normalisée (PON) sont utilisées pour emballer correctement les organes et tissus. Il convient d'utiliser des méthodes conçues pour prévenir ou signaler toute tentative d'altération.



13.1.55 On exprime son appréciation à la famille du donneur.

**Conseils :**

L'appréciation peut être exprimée à la famille du donneur au moyen d'une lettre de remerciements.



13.1.56 Il est facile de retracer tous les organes et tissus parmi les donneurs, les receveurs ou la banque de tissus.

**Conseils :**

L'utilisation d'une documentation complète et des numéros d'identification uniques des donneurs et des receveurs permettent de retracer les organes et les tissus entre le donneur et les receveurs.



13.1.57 Les renseignements sur les donneurs sont communiqués entre les prestataires de services, les autres équipes et les autres organismes, le cas échéant.

**Conseils :**

Les autres organismes englobent les centres de transplantation et les services de soutien pendant le suivi. La transmission des renseignements sur les donneurs respecte les lois provinciales applicables sur la protection de la vie privée.



13.1.58 Les registres de dons régionaux ou des méthodes permettant d'obtenir l'information des registres existants sont accessibles pour l'équipe.

**Conseils :**

Certaines régions ont des registres de donneurs qui indiquent les personnes qui ont consenti ou refusé au don d'organes et de tissus.

**13.2 Prévention et contrôle des infections - Services de dons d'organes (donneurs décédés)**



13.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

**Conseils :**

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

**Tests de conformité :**

**13.2.1.1** La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :

- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
- mesurer l'utilisation d'un produit;
- inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;

- évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

13.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

13.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.



13.2.2 La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

**Conseils :**

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes l'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit:

- avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

**Tests de conformité :**

13.2.2.1 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



13.2.3 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

**Conseils :**

Les usagers, les familles et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres.



13.2.4 Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.

**Conseils :**

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.



- 13.2.5 Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.



- 13.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.

**Conseils :**

Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.



- 13.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

**Conseils :**

Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).



- 13.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.

**Conseils :**

Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.



- 13.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

**Conseils :**

Par exemple, l'organisme peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.



- 13.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.

**Conseils :**

Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.



- 13.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.

**Conseils :**

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

**13.3 Gestion des médicaments - Services de dons d'organes (donneurs décédés)**



- 13.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.



- 13.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).



13.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.



13.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.

**Conseils :**

Par exemple, l'utilisateur peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.



13.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.



13.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.



13.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.

**Conseils :**

Les critères de sélection englobent la capacité de l'utilisateur à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.



13.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.

**Conseils :**

Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'utilisateur dans un tiroir verrouillé.



13.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.



13.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.

**Conseils :**

Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.



13.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'utilisateur avant son administration.



13.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.

**Conseils :**

La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des

médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'utilisateur ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.



- 13.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'utilisateur l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.

**Conseils :**

Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'utilisateur a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.



- 13.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.

**Conseils :**

Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'utilisateur. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.



- 13.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque usager sont surveillés et consignés.

**Conseils :**

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



- 13.3.16 Chaque usager est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



- 13.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des usagers afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

**Conseils :**

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



- 13.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux usagers et aux familles les incidents liés à la sécurité des usagers sont respectées.

## 13.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de dons d'organes (donneurs décédés)



- 13.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

**Conseils :**

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.





- 13.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

**Conseils :**

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.










- 13.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

## Chapitre 14 : Services de transplantation

La transplantation d'organes et de tissus a lieu dans des établissements identifiés comme préleveur ou transplantateur dans la chaîne du don d'organe et couvre les étapes de l'évaluation de l'admissibilité, du prélèvement, de la transplantation et du suivi du receveur.<sup>18</sup>

### 14.1 Épisode de soins - Services de transplantation

-  14.1.1 Des ententes écrites sont établies avec les organismes de dons d'organes (ODO), les banques de tissus et les centres d'acheminement des donneurs pour coordonner les services de transplantation tout au long du continuum de soins.
- Conseils :**
- Une communication ouverte et une collaboration avec les ODO, les banques de tissus et les centres d'acheminement des donneurs facilitent les soins pendant le déplacement des usagers et permettent un acheminement des dons et des transferts plus efficaces.
-   14.1.2 Les organismes de dons d'organes (ODO) reçoivent chaque année une liste des chirurgiens spécialistes en transplantation qualifiés et autorisés à effectuer des interventions de prélèvement des organes.
-  14.1.3 Un nombre suffisant de membres du personnel de toutes les disciplines pertinentes est en place pour éviter que les dons d'organes soient refusés et que les transplantations soient annulées lorsque des organes sont disponibles.
- Conseils :**
- Pour éviter que les transplantations soient annulées, les membres de l'équipe sont disponibles pour accepter, prélever et transplanter les organes en tout temps.
- Les membres de l'équipe devraient comprendre des coordonnateurs des transplantations, des chirurgiens spécialisés en transplantation, des médecins, des infirmières, des diététistes, des pharmaciens, des techniciens de laboratoire, des psychologues ou psychiatres, des travailleurs sociaux et des thérapeutes en réadaptation.
-  14.1.4 Des normes sont suivies pour assurer un accès en temps opportun aux services de diagnostic et aux services consultatifs requis pour effectuer une évaluation et faire passer les tests requis tout au long du processus de transplantation, et ces normes font l'objet d'un examen.
- Conseils :**
- Les services de diagnostic et services consultatifs peuvent comprendre la radiologie, les laboratoires et les banques de sang et les services de soutien cardiaque d'autres services.
-  14.1.5 Tout au long du processus de transplantation, les salles d'opération, les lits de l'unité de soins intensifs (USI) et les soins en chambres standard sont accessibles en temps voulu.
-  14.1.6 Il existe des procédures d'opérations normalisées (PON) sur les qualifications et les responsabilités des membres de l'équipe; le processus d'évaluation des receveurs; les protocoles de soins aux usagers; les méthodes et médicaments immunosuppresseurs; les procédures de prévention des infections; la gestion des listes d'attente, y compris les personnes autorisées à apporter des changements à la liste d'attente, les algorithmes

<sup>18</sup> HSO Transplantation d'organes et de tissus, 2018. HSO 11007 :2018

sur l'attribution, la tenue des dossiers des receveurs, les procédures de consentement, les personnes pouvant agir comme remplaçants désignés du directeur médical du programme de transplantation; la distribution exceptionnelle, et les événements préjudiciables et les rappels.

**Conseils :**

Certaines des PON peuvent être élaborées et tenues à jour par l'organisme de dons d'organes (ODO), et d'autres par l'hôpital.



- 14.1.7 La formation qu'a reçue l'équipe de transplantation sur la procédure d'opération normalisée (PON) est documentée par écrit.



- 14.1.8 De la formation et de l'enseignement sur la prestation des services de transplantation sont régulièrement dispensés aux membres de l'équipe.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe sont formés sur toutes les phases du processus de transplantation, dont les soins pré et postopératoires des receveurs, de même que sur les normes, les pratiques exemplaires, les lois et les règlements et la prestation de soins centrés sur l'utilisateur.



- 14.1.9 Les usagers et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins.

**Conseils :**

Le milieu encourage les usagers et les familles à prendre une part active dans leurs soins, à poser des questions et à émettre des commentaires à toutes les étapes du processus de soins.



- 14.1.10 Les souhaits de l'utilisateur quant à la participation de la famille à ses soins sont respectés.

**Conseils :**

L'équipe trouve des façons d'inclure des membres du réseau de soutien de l'utilisateur à ses soins.

Si une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur ou un membre de sa famille participe à la prise de décisions, les lois en vigueur sont respectées. Il existe un processus pour régler les conflits entre l'utilisateur et la famille concernant le niveau souhaité de participation.



- 14.1.11 Une évaluation des besoins de l'utilisateur en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie est effectuée, s'il y a lieu, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.



**Conseils :**

La nécessité d'effectuer une évaluation des besoins en matière de soins palliatifs peut être exprimée par l'utilisateur ou la famille ou être cernée par l'équipe. Les types de services qui pourraient être requis sont déterminés. La détermination rapide des besoins en matière de soins palliatifs permet aux usagers et aux familles de participer à la planification des soins et peut améliorer la qualité des soins et la satisfaction des familles tout au long du processus.



Dans un organisme ou un secteur de services qui n'offre pas de soins palliatifs ou de soins en fin de vie, l'évaluation permet de cerner la nécessité d'acheminer l'utilisateur et la famille aux services appropriés.




- 14.1.12 Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.

14.1.13 L'évaluation complète de chaque personne en attente d'un organe, menée en partenariat avec celle-ci et sa famille, comprend les antécédents médicaux complets et un examen physique, le diagnostic de la maladie de l'organe en phase terminale et la documentation relative aux interventions chirurgicales et aux médicaments antérieurs, aux signes vitaux, aux tests de dépistage de maladies infectieuses ainsi qu'aux indications et contre-indications de la transplantation.


14.1.14 Une évaluation psychosociale de chaque receveur potentiel est menée, en partenariat avec celui-ci et sa famille.



14.1.15 Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis au receveur potentiel sont déterminés en partenariat avec le receveur potentiel et la famille.

**Conseils :**

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences du receveur potentiel tels que définis dans son évaluation sont utilisés pour élaborer les objectifs des services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières du receveur potentiel, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres organismes qui offrent des services à l'utilisateur.




14.1.16 Des outils d'évaluation standardisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

**Conseils :**

Les outils sont standardisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider l'équipe à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils d'évaluation normalisés comporte des avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont une meilleure efficacité, une collecte de renseignements d'une plus grande exactitude, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

Les outils d'évaluation standardisés utilisés varieront selon les besoins de l'utilisateur et selon le type et la gamme de services fournis. L'échelle de Glasgow pour le niveau de coma, l'échelle de fragilité clinique, l'inventaire de dépression de Beck ou l'interRAI sont des exemples d'outils d'évaluation normalisés. Les outils d'évaluation standardisés utilisés sont éclairés par des données probantes et utiles pour les services fournis.


















14.1.17 Les préférences de l'utilisateur et les options relatives aux services sont discutées dans le cadre de l'évaluation, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, de même que les différentes options possibles pour ses soins et services sont discutés avec l'utilisateur et la famille. L'équipe et l'utilisateur s'engagent dans une prise de décisions conjointe qui tient compte des préférences de l'utilisateur, des résultats attendus et des risques et bienfaits liés aux options.

Par exemple, diverses stratégies de gestion de la douleur peuvent faire l'objet de discussions, comme les analgésiques, ce qui comprend les opioïdes et les adjuvants, de même que les interventions d'ordre physique, comportemental et psychosocial, et l'utilisateur peut choisir l'option qu'il préfère.

Les possibilités d'auto-soins, la vie privée, les visiteurs, les traitements, les tests et les soins personnels comme ceux liés au sommeil, au bain et à l'alimentation comptent parmi les autres préférences discutées.

- |  |   |  |
|--|---|--|
|    |    | 14.1.18 Les résultats de l'évaluation sont consignés dans le dossier médical du receveur potentiel.  |
|    |    | 14.1.19 Les résultats de l'évaluation et la conclusion sont transmis au receveur potentiel d'une façon facile à comprendre, et ce, dans les délais.  |
|  |   | <b>Conseils :</b>  |
|  |   | Selon les résultats de l'évaluation, le receveur potentiel est informé s'il sera ajouté ou non à la liste d'attente. La définition de l'état du receveur potentiel et la distinction entre le fait d'être prêt ou non ou d'être en attente pour la transplantation lui sont expliquées.  |
|    |    | 14.1.20 Un plan de soins complet et individualisé est élaboré en partenariat avec le receveur potentiel et la famille, et il est consigné.   |
|  |   | <b>Conseils :</b>  |
|  |   | Le plan de soins repose sur les résultats de l'évaluation de même que sur les objectifs et les résultats attendus des services. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des autres membres de l'équipe, d'autres organismes, ainsi que des receveurs potentiels et des familles. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents du receveur potentiel, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments, y compris les problèmes ou les effets indésirables liés aux médicaments. |
|  |   | Le plan comprend le lieu de prestation et la fréquence des services, les délais avant le début des services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des services, la façon dont sera évaluée l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.   |
|  |  | 14.1.21 La signification du statut dans la liste d'attente et la façon dont les organes sont attribués, ainsi que la façon d'effectuer les mises à jour et le moment auquel elles seront faites, sont expliqués aux receveurs potentiels.  |
|  |  | 14.1.22 Les receveurs potentiels de la liste d'attente, de même que le médecin qui les a acheminés, sont informés de leur statut, et ce, au moins une fois par année.  |
|  |   | 14.1.23 L'état de santé des receveurs potentiels est mis à jour dans les listes d'attente.   |
|  |   | <b>Conseils :</b>  |
|  |   | Tenir à jour l'état de santé ou la réceptivité à la transplantation peut comprendre l'examen et la mise à jour de l'état de santé, les examens hématologiques et d'autres types d'examens.   |
|  |   | 14.1.24 Les organismes qui tiennent des listes nationales sont rapidement informés quand des changements surviennent dans le statut d'un receveur potentiel ou quand le cas d'un receveur potentiel devient urgent.  |
|  |   | 14.1.25 Il existe une procédure écrite pour ce qui est de recevoir des mises à jour et d'apporter des changements aux listes d'attentes.   |
|  |   | 14.1.26 Un accès à des services de soutien émotionnel et de counseling est offert aux personnes qui sont retirées de la liste d'attente.   |
|  |   | 14.1.27 Les personnes en attente d'une transplantation sont rapidement informées quand un organe est disponible et qu'elles sont considérées comme receveurs potentiels.   |

**Conseils :**

Il est possible que l'on communique avec plus d'un receveur potentiel de façon à préparer un receveur de remplacement en cas de contre-indications de dernière minute pour un des receveurs potentiels.



- 14.1.28 L'accès à des services de soutien émotionnel et de counseling est offert au receveur potentiel ou aux receveurs potentiels de remplacement qui n'ont pas reçu l'organe.

**Conseils :**

Les personnes qui ont été informées de la disponibilité d'un organe, mais qui ne l'ont pas reçu, disposent d'un accès à des services de soutien émotionnel et de counseling.



- 14.1.29 Les receveurs et leurs familles reçoivent de l'information au sujet de la transplantation, de ses risques et des résultats possibles de façon à ce qu'ils puissent faire un choix éclairé.

**Conseils :**

Les receveurs obtiennent de l'information sur les risques (médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et financiers) et sur les résultats possibles de la transplantation, et ce, dans un vocabulaire qu'ils comprennent. De l'information est également fournie au sujet des exigences de l'évaluation préopératoire et de la disponibilité de services de soutien émotionnel et de counseling et de services de réadaptation aux greffés.



- 14.1.30 L'information sur la transplantation est transmise d'une manière facile à comprendre pour les personnes sans formation médicale.

**Conseils :**

La communication est exempte de jargon et de termes médicaux complexes et la compréhension de l'information par le receveur est par conséquent favorisée.



- 14.1.31 La capacité de l'usager à fournir un consentement éclairé est évaluée.

**Conseils :**

L'évaluation de la capacité de l'usager à fournir son consentement est un processus continu. Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre l'information pertinente à la prise de décisions, de prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et de comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier.

Les lois fédérales, provinciales et territoriales sont respectées en ce qui concerne le travail auprès des enfants et des jeunes. Dans les cas où les usagers sont des personnes âgées, des mineurs ou des personnes jugées incapables de donner un consentement, ceux-ci participent le plus possible aux décisions concernant leurs services, et l'équipe accorde de l'importance à leurs questions et à leurs commentaires.



- 14.1.32 Le consentement éclairé est obtenu et documenté avant la transplantation.

**Conseils :**

L'information sur le consentement éclairé est documentée au dossier médical, y compris le nom de la personne donnant le consentement.



- 14.1.33 Lorsqu'un receveur est incapable de donner son consentement éclairé, il est possible de se référer aux directives préalables de celui-ci, le cas échéant, ou d'obtenir le consentement de la personne chargée de prendre les décisions en son nom.

**Conseils :**

Lorsqu'un receveur est incapable de donner son consentement éclairé, il est possible de se référer à des directives préalables pour prendre certaines décisions ou toutes les décisions. Les directives préalables sont inscrites au dossier du receveur et cette information est transmise aux prestataires de services internes et externes, au besoin.

Une personne chargée de prendre des décisions au nom du receveur peut également être consultée lorsque celui-ci est incapable de prendre une décision par lui-même. Dans ce cas, la personne chargée de prendre des décisions au nom du receveur reçoit de l'information sur ses rôles et responsabilités, et ses questions, ses préoccupations et les possibilités qui s'offrent au receveur sont abordées. La personne chargée de prendre des décisions au nom du receveur peut être désignée selon la loi ou peut être un défenseur des droits des usagers, un membre de la famille, un tuteur ou un soignant.

Si le consentement est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom du receveur, il faut consigner à son dossier le nom de cette personne ainsi que son lien avec celui-ci.



- 14.1.34 Avant la transplantation, chaque receveur reçoit de l'information concernant ses droits.

**Conseils :**

Les droits des receveurs comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit d'être traités avec respect et bienveillance, le respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles, le droit de prendre des risques et de ne subir aucun abus, aucune exploitation et aucune discrimination.

Les droits des usagers en ce qui concerne leurs services englobent le droit de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation d'un service, de prendre part à tous les aspects d'un traitement et de faire des choix personnels, de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un avocat lors d'un traitement, de contester une décision relative au plan d'intervention ou de déposer une plainte, de participer ou de refuser de participer à une recherche ou à un essai clinique, de recevoir des services sécuritaires offerts par des personnes compétentes, et d'exprimer des inquiétudes au sujet de la qualité d'un service.



- 14.1.35 Des processus organisationnels pour cerner et traiter les questions d'éthique sont suivis.

**Conseils :**

Les questions d'éthique comprennent notamment la décision de fournir, de poursuivre ou de mettre fin aux moyens de maintien artificiel de la vie; l'obtention du consentement pour la transplantation sans coercition; et, la distribution exceptionnelle d'organes et de tissus des donneurs à partir d'une série de critères, les transplantations multiples chez un receveur, les critères d'exclusion et la non-observance thérapeutique des usagers.

Le processus est établi au niveau de l'organisme, et l'équipe reçoit une formation sur la prise de décisions fondées sur l'éthique.

Les questions d'éthique peuvent être prises en charge par un comité d'éthique ou une équipe de consultation qui peut comprendre des professionnels de la santé, des ecclésiastiques ou des éthiciens. Le comité d'éthique peut aussi prendre part à l'examen des politiques et à la sensibilisation à l'éthique. Les questions d'éthique sont consignées au dossier médical.



- 14.1.36 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.



- 14.1.37 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Un milieu où les usagers, les familles et les membres de l'équipe sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes est favorisé. L'organisme fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les familles peuvent obtenir des conseils ou une consultation. En cas d'utilisation de dossiers de santé électroniques, il existe un processus pour recevoir les plaintes et les questions des usagers au sujet de la confidentialité des dossiers électroniques, et pour y donner suite.

Les allégations présentées par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi réglées.



- 14.1.38 Les demandes de distribution exceptionnelle ne peuvent être présentées que par le directeur médical du programme de transplantation ou son remplaçant désigné, au directeur médical du programme de don d'organes et de tissus ou à son remplaçant désigné.

**Conseils :**

La distribution exceptionnelle ne peut être permise que dans des circonstances où elle est médicalement justifiée et dans lesquelles les bienfaits possibles surpassent le risque éventuel pour le receveur.



- 14.1.39 Le receveur est informé au sujet de la distribution exceptionnelle, de ses risques et des résultats potentiels pour qu'il puisse prendre une décision éclairée.

**Conseils :**

Les receveurs ont besoin qu'on leur fournisse de l'information au sujet des risques absolus (p. ex. transmission d'une maladie) et des résultats pouvant découler d'une distribution exceptionnelle, et ce, dans un vocabulaire qu'ils peuvent comprendre. L'information donnée devrait porter sur le cas de distribution exceptionnelle en question, mais elle devrait aussi comprendre des renseignements standards fournis dans chaque situation de distribution exceptionnelle.



- 14.1.40 Le consentement éclairé du receveur ou de la personne chargée de prendre les décisions en son nom relativement à la distribution exceptionnelle est consigné au dossier médical.



- 14.1.41 Les raisons qui justifient la distribution exceptionnelle, le nom de l'organe ou du tissu concerné, les analyses non effectuées ou les conditions non respectées, le nom de l'organisme qui fait le don, la signature du médecin ou chirurgien spécialisé en transplantation qui autorise la distribution de l'organe ou du tissu, et la date de l'autorisation sont consignés au dossier médical.



- 14.1.42 Le formulaire sur la distribution exceptionnelle est rempli puis retourné à l'équipe responsable des dons dans les 48 heures suivant la procédure de prélèvement du don.



- 14.1.43 Après la distribution exceptionnelle d'organes ou de tissus et la transplantation, les résultats complets des analyses subies par le donneur sont reçus et le receveur est informé de ces résultats.



- 14.1.44 Les greffés reçoivent un suivi après une distribution exceptionnelle.



**Conseils :**

Le suivi accordé aux greffés après une distribution exceptionnelle peut concerner les analyses de suivi et les résultats.



- 14.1.45 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.

**Conseils :**

Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.

Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'usager. Voici des exemples d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'usager, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'usager ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'usager, la reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'usager et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'usager ou la famille.

L'identification de l'usager est faite en partenariat avec l'usager et la famille en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les familles ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

**Tests de conformité :**

- 14.1.45.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.



- 14.1.46 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en œuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.

**Conseils :**

Les usagers admis à l'hôpital présentent un risque accru de faire une chute et de se blesser, puisqu'ils se retrouvent dans un milieu qui ne leur est pas familier en plus de devoir s'adapter à un changement au niveau de leur fonctionnement physique ou cognitif (Stephenson et coll., 2016). La réduction des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les usagers et réduire la durée de l'hospitalisation et les coûts.

Pour être efficaces, la prévention des chutes et la réduction des blessures exigent une approche interdisciplinaire et le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre en œuvre une approche coordonnée de prévention des chutes et de réduction des blessures dans l'organisme, tout en reconnaissant les besoins uniques dans les différents services. Il est aussi utile de désigner des personnes pour faciliter la mise en place de cette approche.

Les organismes devraient déterminer et adopter des précautions pour tous les usagers, peu importe les risques de chutes. L'acronyme SAFE (sécurité des lieux, assistance à la

mobilité, facteurs de risque réduits et enseignement au client et à sa famille) décrit les quatre stratégies clés des précautions universelles de prévention des chutes. La directive de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (2012) recommande pour sa part les interventions universelles suivantes : familiariser l'utilisateur avec le milieu; placer les boutons d'appel à un endroit atteignable en tout temps et observer la façon dont les usagers les utilisent; garder les biens personnels à portée des usagers; installer des rampes solides dans les salles de bain, les chambres et les couloirs; garder les lits à faible hauteur et bloquer les freins; fournir des chaussures antidérapantes bien ajustées aux usagers; utiliser des veilleuses ou un éclairage d'appoint; garder le sol propre et sec; nettoyer rapidement tous les liquides renversés; garder en ordre les aires où les soins sont dispensés. Il est important d'établir des précautions qui correspondent au milieu clinique et aux besoins des usagers de ce milieu.

De la formation sur l'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures, sur les précautions universelles et sur les stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures est régulièrement offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles. De l'information facile à comprendre est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour leur donner les moyens d'assumer un rôle actif dans la prévention des chutes et la réduction des blessures.

Il est important d'évaluer régulièrement si les activités de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes ont ou non les répercussions escomptées et si elles répondent aux besoins des usagers, familles et membres de l'équipe. Divers moyens permettent d'évaluer l'efficacité, qu'il s'agisse de discussions spontanées, d'entrevues, de sondages ou de vérifications. Des initiatives d'évaluation de l'amélioration de la qualité et des réunions de bilan après les chutes peuvent aussi contribuer à cerner les lacunes en matière de sécurité, à éviter que les chutes se produisent à nouveau ou à réduire les blessures causées par les chutes.

#### Tests de conformité :

- 14.1.46.1 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les blessures causées par les chutes.
- 14.1.46.2 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.
- 14.1.46.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.



- 14.1.47 Pour réduire au minimum le temps écoulé entre le prélèvement de l'organe et la transplantation, c.-à-d. la période d'ischémie froide, une collaboration et une communication régulière ont lieu entre le coordonnateur des dons, le personnel chargé des réservations de la salle d'opération et l'équipe de l'anesthésiologie.

#### Conseils :

Des mises à jour régulières sur les progrès et sur tout retard attribuable au déplacement ou à l'horaire de la salle d'opération sont transmises.



- 14.1.48 Il existe une procédure qui permet l'accès rapide à la salle d'opération et à l'équipe de l'anesthésiologie.

#### Conseils :

Le fait de respecter les délais d'exécution entre le prélèvement de l'organe et la transplantation et d'avoir rapidement accès à la salle d'opération contribue à la viabilité de l'organe et à la santé à long terme du greffé.



14.1.49 Les chirurgiens associés spécialisés en transplantation qui sont envoyés dans un autre établissement pour le prélèvement des organes sont adéquatement qualifiés et supervisés.



14.1.50 S'il y a de nouvelles contre-indications à la transplantation pour le receveur, et qu'il n'y a pas un receveur de remplacement, une procédure écrite pour la réattribution, laquelle comprend une nouvelle application des lignes directrices de l'algorithme, et la consignation des résultats, est suivie.



14.1.51 L'identité du receveur est confirmée et une évaluation peropératoire est réalisée pour s'assurer que le bon organe soit greffé au bon receveur et que le groupe sanguin du donneur et les résultats de l'évaluation de l'acceptabilité sont ceux attendus pour le receveur concerné.

**Conseils :**

L'évaluation comprend la détermination du groupe sanguin, le typage tissulaire, le dépistage sérologique et le dépistage des maladies infectieuses et les résultats de la biopsie, si inclus. Dans certains cas, un donneur et un receveur peuvent être jumelés malgré la présence de disparités.



14.1.52 Si des erreurs, des accidents, des incidents liés à la sécurité des usagers ou des rappels sont constatés, ceux-ci sont consignés et l'équipe responsable des dons ou l'organisme de dons d'organes (ODO) est informé dans les plus brefs délais.



14.1.53 Le numéro d'identification du donneur de l'organe est inscrit au dossier médical.



14.1.54 Au moment de la transplantation de tissus, les instructions fournies sur l'emballage et celles du fournisseur ou de l'établissement d'origine sont suivies.

**Conseils :**

Les instructions du fournisseur ou de l'établissement d'origine peuvent inclure la marche à suivre pour la décongélation ou des directives sur la façon d'utiliser ou de placer le tissu.



14.1.55 Au moment de la transplantation de tissus, l'intégrité, la sécurité et la stérilité de l'allogreffe sont vérifiées.

**Conseils :**

Vérifier l'intégrité et la stérilité de l'allogreffe signifie vérifier le produit, la date d'expiration, l'emballage, l'étiquette de l'emballage et la température de conservation.



14.1.56 Au moment de la transplantation de tissus, l'endroit des transplantations, les types de tissus et les codes d'identification uniques des tissus sont consignés au dossier.



14.1.57 Un processus est en place pour fournir de la rétroaction à l'équipe responsable des dons sur le processus au complet, y compris la qualité de l'organe prélevé, la conservation, l'emballage, l'étiquette et l'information sur le donneur.



14.1.58 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.



14.1.59 L'état de santé de l'usager est réévalué en partenariat avec l'usager, et des mises à jour sont consignées dans son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état de santé.

**Conseils :**

Le fait de ne pas signaler un changement dans l'état de l'utilisateur ou de tarder à le faire, en particulier lorsqu'il y a une détérioration de son état, constitue un obstacle important à la prestation de soins et de services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans l'état de santé de l'utilisateur est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.



14.1.60 Il existe des protocoles écrits portant sur la thérapie immunosuppressive, les mesures préventives contre l'infection et le suivi des rejets.



14.1.61 Les rejets de greffes, les infections et les effets indésirables sont prévenus, font l'objet de surveillance, et sont rapidement diagnostiqués et traités.



14.1.62 Dans les cas où l'on soupçonne une réaction indésirable à une transplantation d'organe ou de tissus greffés les codes d'identification du donneur sont déterminés et l'établissement d'origine est informé.

**Conseils :**

Les effets indésirables peuvent inclure la malignité ou la transmission de maladies infectieuses.



14.1.63 Le code d'identification du receveur est fourni à l'équipe responsable des dons.



14.1.64 Les progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'utilisateur, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.

**Conseils :**

La documentation des progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et elle inclut l'utilisateur et sa famille. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés, la discussion avec les usagers et les familles et l'observation.



14.1.65 Il existe un processus pour entreprendre les soins palliatifs et les soins en fin de vie, au besoin.

**Conseils :**

Les services sont entrepris par l'équipe, l'utilisateur ou la famille et tiennent compte de l'évaluation des résultats. La participation aux soins palliatifs et aux soins en fin de vie diffère selon les services que l'équipe offre et selon les usagers desservis. Si l'équipe n'offre pas de soins palliatifs et en fin de vie, les usagers sont acheminés vers les services appropriés.



14.1.66 Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.

**Conseils :**

Le dossier de l'utilisateur, qui réunit toute l'information à un seul endroit, est accessible à l'équipe qui offre les soins, y compris aux usagers.



14.1.67 Certains membres précis sont responsables de fournir de l'enseignement aux greffés.

**Conseils :**

L'enseignement est interactif. Les ressources peuvent comprendre des renseignements sur les séances d'information à l'intention des greffés et des soignants (individuelles ou en groupe), du matériel imprimé sur les ressources communautaires, des groupes de soutien par les pairs, de l'information sur l'accès aux services de soins à domicile et de réadaptation.



- 14.1.68 De l'enseignement est offert aux greffés, aux familles et aux soignants sur la vie suivant une greffe, sur l'observation des changements possibles au style de vie et sur l'adaptation à ces changements.

**Conseils :**

Après la transplantation, il est possible que les greffés, les familles et les soignants constatent des changements au niveau de leurs rôles, p. ex. relation entre conjoints, retour au travail, besoin de soutien pour le soignant. De l'information doit être fournie sur les problèmes ou changements possibles, sur les stratégies pouvant être adaptées pour faire face à ces changements et sur les ressources et les personnes-ressources.



- 14.1.69 Selon le type de transplantation effectuée, une évaluation nutritionnelle et du counseling en diététique sont fournis aux greffés, aux familles et aux soignants.

**Conseils :**

Si ces services ne sont pas offerts, les greffés, les familles et les soignants sont acheminés vers les prestataires de services pertinents.



- 14.1.70 Des services de soutien émotionnel et de counseling sont offerts aux greffés, aux familles et aux soignants pour les aider à s'adapter à la situation qui suit la transplantation.

**Conseils :**

Si ces services ne sont pas offerts, les greffés, les familles et les soignants sont acheminés vers le prestataire de services pertinent.



- 14.1.71 L'enseignement et les ressources fournis correspondent au type de transplantation faite, de même qu'à la réceptivité et aux besoins du greffé.

**Conseils :**

L'enseignement et les ressources sont offerts dans une variété de langues et sous diverses formes (écrites, orales, en groupe, selon une approche de counseling) et dépendent des besoins particuliers du greffé, de la famille et du soignant.



- 14.1.72 L'enseignement qui a été offert au greffé avant son congé est consigné à son dossier médical.

**Conseils :**

La documentation précise le moment où l'enseignement a été fourni, le type d'enseignement offert, le matériel remis et le contenu examiné, les membres de la famille qui étaient présents, la durée de la séance et la personne ayant fourni l'enseignement.



- 14.1.73 Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition de l'utilisateur, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.

**Conseils :**

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible dans le cadre du processus de soins. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour l'utilisateur sont déterminés. Certains

facteurs ont une influence sur la capacité de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisme.



- 14.1.74 Les usagers sont responsabilisés de manière à gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.

**Conseils :**

L'enseignement qui favorise la responsabilisation et aide les usagers à gérer eux-mêmes une maladie chronique peut comprendre la planification de mesures, l'imitation de comportement, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation, les techniques de gestion des symptômes, des facteurs de risque, de la fatigue et du sommeil, l'utilisation des médicaments, la gestion des émotions, les changements sur le plan cognitif et de la mémoire, la formation en communication avec des professionnels de la santé et d'autres personnes, ainsi que la résolution de problèmes et la prise de décisions liées à des questions de santé.

Des outils et des ressources sont offerts aux usagers pour les aider à gérer eux-mêmes leur état de santé. Ils sont adaptés aux besoins de chaque usager. Par exemple, les outils peuvent être modifiés en fonction de leur degré de compréhension, de leur niveau d'alphabétisation, de leur invalidité, ainsi que de leur langue et de leur culture.



- 14.1.75 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan d'intervention interdisciplinaire que ce soit vers la maison, une autre équipe, un autre niveau de soins ou qu'il s'agisse de la fin des services, améliore la coordination entre les équipes et les organismes partenaires et aide à préparer l'utilisateur pour la fin des services. La participation de l'utilisateur à la planification de la fin des services assure que l'utilisateur et la famille sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition de l'utilisateur, de même que ses besoins et préférences après les soins font partie du plan d'intervention interdisciplinaire. La discussion peut comprendre le suivi après les soins, la capacité relative à l'auto-administration des soins, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



- 14.1.76 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

**Conseils :**

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de documentation et de stratégies de communication (comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de

vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins posthospitaliers, la relecture et la reformulation) favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente et des outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisme. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisme. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les familles de répéter l'information. Les usagers et les familles ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

#### Tests de conformité :

- 14.1.76.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 14.1.76.2 Des outils pour la documentation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 14.1.76.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 14.1.76.4 L'information partagée aux points de transition des soins est documentée.
- 14.1.76.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:
  - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
  - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
  - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

- 14.1.77 Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.

#### Conseils :

S'il a été décidé qu'un suivi est nécessaire, le type et la méthode de suivi qui conviennent sont déterminés. Cela comprend les responsabilités de l'équipe, par exemple, le suivi des tests, l'acheminement de l'utilisateur vers un organisme partenaire, l'établissement d'un calendrier pour les communications de suivi avec l'utilisateur ou pour lui rappeler un rendez-vous. Cela comprend aussi les responsabilités de l'utilisateur, comme assurer un suivi avec les autres prestataires de soins (p. ex. soins primaires ou centre de santé communautaire), signaler une aggravation ou un changement des symptômes et prendre les médicaments selon les ordonnances.

Un outil d'évaluation standardisé est utilisé pour évaluer le risque de réadmission après la fin des services.

- 14.1.78 Un dossier précis, à jour et protégé est maintenu pour chaque greffé.



**Conseils :**

Le dossier du greffé comprend (sans toutefois s'y limiter) l'identification du greffé (nom, centre de transplantation, numéro d'enregistrement au programme d'assurance-maladie, race, âge, sexe, date de naissance, groupe sanguin, grandeur et poids); la personne fournissant le consentement; les examens cliniques préopératoires (antécédents médicaux et examen physique, diagnostic de la maladie de l'organe en phase terminale et documentation relative aux interventions chirurgicales, aux médicaments antérieurs et aux signes vitaux); l'évaluation préopératoire (atteinte initiale, risque lié à l'anesthésie ou à l'opération, rapports de laboratoire); et, l'information sur le donneur de l'organe ou du tissu (numéro d'identification, évaluation de l'acceptabilité, groupe sanguin, anormalités ou anomalies).



- 14.1.79 L'information est documentée dans le dossier de l'utilisateur en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les usagers sont propriétaires de l'information portant sur leur santé. Ils sont inclus au processus de la documentation et de l'information dans leur dossier et peuvent fournir des commentaires quant aux renseignements documentés. Les usagers ont le droit de lire l'information documentée et d'émettre des commentaires. Le processus de tenue de dossiers ou de documentation peut être mené à bien en partenariat avec l'utilisateur dans le cadre de ses soins ou l'accès au dossier peut être fourni en format électronique.



- 14.1.80 Il existe un processus standardisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.

**Conseils :**

Des documents complets présentant une synthèse des données probantes découlant de plusieurs lignes directrices peuvent également être utilisés. La Collaboration Cochrane, par exemple, réalise des études systématiques des données probantes disponibles qui peuvent aider les équipes et les organismes dans leurs processus d'examen.

Les usagers et les familles sont consultés pour déterminer si la méthode utilisée pour faire un choix parmi les lignes directrices suit une approche centrée sur l'utilisateur (p. ex. aider à déterminer quelle ligne directrice est davantage centrée sur l'utilisateur, examiner une ligne directrice pour déterminer si elle a été élaborée en tenant compte du point de vue de l'utilisateur).



- 14.1.81 Des examens sont menés en temps opportun en cas d'incident lié à la sécurité des usagers ou de réaction indésirable et des avis sont rapidement envoyés.

**Conseils :**

Si l'incident lié à la sécurité des usagers ou la réaction indésirable a un lien avec les organes ou tissus donnés, le code d'identification du donneur est déterminé puis communiqué au centre de dons pour qu'il puisse mettre en quarantaine les autres organes et tissus impliqués et avertir l'équipe responsable des dons.





- 14.1.82 Les incidents liés à la sécurité des usagers et les effets indésirables ayant un lien avec les organes ou tissus donnés font l'objet d'examen et des rapports sont produits le plus rapidement possible au programme de dons ou au fournisseur de tissus.

**Conseils :**

Les incidents liés à la sécurité des usagers et les effets indésirables ayant un lien avec les organes ou tissus donnés font l'objet d'un examen.






L'équipe qui offre des services de transplantation est responsable de la mise en œuvre des processus de suivi et de transmission de l'information de l'organisme. De plus, l'information sur les incidents liés à la sécurité des usagers en lien avec la transplantation est surveillée et signalée de la même façon qu'ailleurs dans l'organisme de façon à pouvoir faire l'objet d'un sommaire au niveau de l'organisme.

-   14.1.83 Dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité, chaque cas de transplantation fait l'objet d'un examen pour cerner les possibilités d'amélioration.

**Conseils :**

L'examen de chaque cas de transplantation peut comprendre l'étude du processus de transplantation ou le rapport de chirurgie.

-  14.1.84 Pour obtenir les données sur les résultats à long terme, une collaboration a lieu entre les prestataires de soins primaires du greffé ou le centre qui assure le suivi.

-   14.1.85 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.

**Conseils :**

La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions prévues, les consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.

L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).

L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires (services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.

**Tests de conformité :**

- 14.1.85.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le

cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.

- 14.1.85.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 14.1.85.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 14.1.85.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 14.1.85.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 14.1.85.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 14.1.85.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 14.1.85.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

## 14.2 Prévention et contrôle des infections - Services de transplantation



- 14.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

### Conseils :

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;

3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

#### Tests de conformité :

- 14.2.1.1** La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :
- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
  - mesurer l'utilisation d'un produit;
  - inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
  - évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).
- 14.2.1.2** Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
- 14.2.1.3** Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.



- 14.2.2 La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

#### Conseils :

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes d'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit:

- avant le contact initial avec l'usager ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

**Tests de conformité :**

**14.2.2.1** Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



**14.2.3** Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

**Conseils :**

Les usagers, les familles et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres.



**14.2.4** Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.

**Conseils :**

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.



**14.2.5** Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.



**14.2.6** Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.

**Conseils :**

Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.



**14.2.7** Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

**Conseils :**

Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes

transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).



- 14.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.

**Conseils :**

Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.



- 14.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

**Conseils :**

Par exemple, l'organisme peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.



- 14.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.

**Conseils :**

Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.



- 14.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.

**Conseils :**

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

### 14.3 Gestion des médicaments - Services de transplantation



- 14.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'usager et la famille.

**Conseils :**

Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.



- 14.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).



- 14.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.



- 14.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.

**Conseils :**

Par exemple, l'utilisateur peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.



- 14.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.



- 14.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.



- 14.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.

**Conseils :**

Les critères de sélection englobent la capacité de l'utilisateur à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.



- 14.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.

**Conseils :**

Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'utilisateur dans un tiroir verrouillé.



14.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.



14.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'usager le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.

**Conseils :**

Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.



14.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'usager avant son administration.



14.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.

**Conseils :**

La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'usager ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.



14.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'usager l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.

**Conseils :**

Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'usager a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'usager.



14.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.

**Conseils :**

Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'usager. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.



14.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque usager sont surveillés et consignés.

**Conseils :**

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'usager, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



14.3.16 Chaque usager est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.



14.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des usagers afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

**Conseils :**

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



14.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux usagers et aux familles les incidents liés à la sécurité des usagers sont respectées.

**14.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services de transplantation**



14.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

**Conseils :**

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.



14.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

**Conseils :**

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.



14.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.



## Chapitre 15 : Services d'activités spécialisées à domicile

Les services d'activités spécialisées sont offerts aux patients nécessitant des soins complexes à domicile dans le but d'améliorer la qualité de vie dans une perspective globale de santé, tout en s'assurant du bon fonctionnement des équipements spécialisés requis par les usagers.

### 15.1 Épisode de soins - Services d'activités spécialisées à domicile



15.1.1 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.

#### Conseils :

Les demandes de services peuvent provenir des usagers, des familles, d'autres équipes ou d'organismes qui acheminent des usagers. Il peut y avoir différents processus pour répondre à une demande selon le demandeur et les services demandés.

Les demandes de services, le processus pour répondre à ces demandes et ce qu'on entend par « en temps opportun » varieront selon le type de service offert.

La capacité de répondre aux demandes est évaluée en fixant des délais de réponse aux demandes de services et en surveillant ces délais de même qu'en recueillant la rétroaction des usagers et des familles, des organismes qui acheminent des usagers ainsi que des autres équipes.



15.1.2 Des critères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les services avec les usagers.

#### Conseils :

Les besoins des patients potentiels sont évalués par rapport à la capacité de l'équipe à y répondre.



15.1.3 Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un usager potentiel, l'accès à un autre service est facilité.

#### Conseils :

Dans le cas où l'organisme ne peut répondre aux besoins d'un usager, les raisons sont expliquées et l'accès à d'autres services est facilité. L'information est consignée en vue d'être utilisée dans la planification des services.



15.1.4 Les usagers et les familles sont informés du membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leurs services et de la façon de joindre cette personne.

#### Conseils :

Le membre désigné peut être le membre de l'équipe collaborative qui est le plus régulièrement en contact avec le patient, ou le principal prestataire responsable des soins.



15.1.5 Les données personnelles de l'usager sont recueillies au moment de la prise en charge.



15.1.6 Les données sur l'état de santé et les antécédents médicaux de l'usager sont recueillies au moment de la prise en charge afin de déterminer les services requis pour ce dernier.



- 15.1.7 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.

**Conseils :**

Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.

Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'usager. Voici des exemples d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'usager, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'usager ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'usager, la reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'usager et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'usager ou la famille.

L'identification de l'usager est faite en partenariat avec l'usager et la famille en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex. « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les familles ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent provenir de la même source. Le dossier de santé ou sur les papiers d'identité officiels du patient. Deux identifiants peuvent provenir de la même source.

**Tests de conformité :**

- 15.1.7.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.



- 15.1.8 Une carte d'identité est portée par chaque membre de l'équipe lorsqu'il offre des services.

**Conseils :**

La carte d'identité doit comporter une photographie du membre de l'équipe, le nom de celui-ci et de l'organisme en gros caractères, le numéro de téléphone de l'organisme, ainsi que la date d'émission et d'expiration de la carte. Les cartes doivent être laminées ou protégées contre les modifications et retournées à l'organisme dès que le membre du personnel n'occupe plus son emploi.



- 15.1.9 Les membres de l'équipe sont au courant des processus précisant avec qui communiquer pour obtenir des conseils, du soutien ou pour aborder un problème durant le service.



- 15.1.10 Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.

**Conseils :**

Les services de santé offerts au domicile d'un usager présentent des défis pour les usagers, les familles et les membres de l'équipe. Ces défis comprennent les caractéristiques distinctes du domicile de chaque usager, la présence intermittente des membres de l'équipe et le rôle assumé par les familles ou les soignants naturels dans la prestation de services de santé.

Bien que les organismes de soins et services à domicile puissent avoir peu de contrôle direct sur les risques présents dans le domicile de l'utilisateur, une évaluation des risques à domicile peut améliorer la sécurité des usagers, des familles et des membres de l'équipe qui participent à la prestation de services. Les résultats de l'évaluation peuvent servir à définir les priorités parmi les secteurs de services, à établir des stratégies sécuritaires à intégrer aux plans de services et à communiquer avec les usagers, les familles et les organismes avec lesquels des partenariats existent.

#### Tests de conformité :

- 15.1.10.1 Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début des services.
- 15.1.10.2 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque de l'utilisateur et des mesures d'urgence.
- 15.1.10.3 L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée pour planifier et offrir les services aux usagers et elle est communiquée aux partenaires qui participent à la planification des soins.
- 15.1.10.4 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les services de santé de l'utilisateur.
- 15.1.10.5 Les usagers et les familles reçoivent de l'information au sujet des problèmes de sécurité à domicile cernés dans l'évaluation.



- 15.1.11 La sécurité du domicile et de l'utilisateur est protégée lorsque des services de soins de santé à domicile sont dispensés.

#### Conseils :

Les procédures visant à assurer la sécurité comprennent, entre autres, frapper ou sonner à la porte, s'identifier avant d'entrer dans le domicile de l'utilisateur, bien fermer les portes et fenêtres, prendre les mesures nécessaires lorsqu'on ne peut entrer dans le domicile à l'heure convenue et faire face aux situations d'urgence.



- 15.1.12 Les risques pour la sécurité qui sont présents dans le domicile de l'utilisateur sont déclarés.

#### Conseils :

Les risques relatifs à la sécurité du personnel comprennent, entre autres, le fait de glisser, de trébucher et de tomber dans le domicile de l'utilisateur, la présence d'armes à feu ou d'autres armes dans le domicile, la violence, les accidents d'automobile qui ont lieu pendant les déplacements entre les domiciles des usagers. Les risques qui se rapportent aux usagers et au personnel englobent les problèmes d'équipement, les déversements, les déchets ou les substances infectieuses, les comportements des usagers pouvant causer un accident, ainsi que les problèmes de manipulation, d'entreposage et de distribution des médicaments.



- 15.1.13 La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse.

#### Conseils :

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les usagers en se présentant et en expliquant leur rôle, en demandant la permission avant d'effectuer une tâche, en expliquant ce qu'ils font, en parlant d'un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations ou en rassurant les usagers, en leur permettant de poser des questions ou d'émettre des commentaires, en respectant leurs croyances culturelles

ou religieuses ou leur style de vie, et en respectant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.



- 15.1.14 Les usagers et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins.

**Conseils :**

Le milieu encourage les usagers et les familles à prendre une part active dans leurs soins, à poser des questions et à émettre des commentaires à toutes les étapes du processus de soins.



- 15.1.15 La capacité de chaque patient de participer à la prestation de ses soins est déterminée en partenariat avec le patient et sa famille.

**Conseils :**

La capacité de participer à ses propres soins diffère pour chaque usager. À chaque étape du processus de soins, le membre approprié de l'équipe travaille avec l'usager, la famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'usager pour déterminer la quantité et le type d'information dont l'usager ou la famille a besoin pour participer à ses soins de façon significative. Cette information est également consignée dans le dossier de l'usager.



- 15.1.16 Les souhaits de l'usager quant à la participation de la famille à ses soins sont respectés.

**Conseils :**

L'équipe trouve des façons d'inclure des membres du réseau de soutien de l'usager à ses soins.

Si une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'usager ou un membre de sa famille participe à la prise de décisions, les lois en vigueur sont respectées. Il existe un processus pour régler les conflits entre l'usager et la famille concernant le niveau souhaité de participation.



- 15.1.17 Des renseignements précis et complets sont communiqués à l'usager et à la famille en temps opportun tout en respectant le souhait de l'usager de prendre part à la prise de décision.

**Conseils :**

La communication de renseignements détaillés et complets est essentielle à un choix éclairé et à une prise de décisions conjointe entre les usagers, les familles et l'équipe. Les renseignements sont transmis selon les besoins et intérêts de la personne et en fonction de son niveau de compréhension.

Les usagers et les familles sont mis au courant des risques et bienfaits des soins, des rôles et responsabilités de l'usager dans la prestation des services, ainsi que des avantages, des limites et des résultats possibles des interventions ou services proposés, de la façon de se préparer aux tests et aux traitements, de la disponibilité de services de counseling et de groupes de soutien ainsi que de la façon de joindre les membres de l'équipe en cas d'urgence ou de situation de crise.

Divers niveaux et types de renseignements sont offerts à différentes étapes de la prestation des soins pour répondre aux besoins et aux souhaits de l'usager quand cela est possible. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission (p. ex., les sujets graves exigent une approche plus structurée).



- 15.1.18 L'équipe s'assure que l'usager et la famille comprennent bien l'information concernant les soins.

**Conseils :**

Au moment de fournir de l'information aux usagers et aux familles, le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, l'invalidité ainsi que la langue et la culture sont pris en compte.

Les processus utilisés pour vérifier que les usagers ont bien compris l'information sont, entre autres, les suivants : encourager les usagers à poser des questions et accorder du temps à cet effet; demander à l'utilisateur de répéter l'information fournie; s'assurer que la communication s'effectue dans la même langue que celle de l'utilisateur, tout en respectant sa culture, dans la mesure du possible; utiliser des supports visuels ou vidéo, dans la mesure du possible; et établir un échange continu pendant lequel l'équipe confirme fréquemment que l'utilisateur a bien compris l'information fournie.



15.1.19 Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et à leurs familles.

**Conseils :**

Le matériel écrit est offert dans les langues parlées couramment au sein de la communauté, s'il y a lieu. Des services d'interprétation sont disponibles si les usagers ou les familles en ont besoin, dans la mesure du possible.



15.1.20 La capacité de l'utilisateur à fournir un consentement éclairé est évaluée.

**Conseils :**

L'évaluation de la capacité de l'utilisateur à fournir son consentement est un processus continu. Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre l'information pertinente à la prise de décisions, de prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et de comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier.

Les lois régionales et nationales sont respectées en ce qui concerne le travail auprès des enfants et des jeunes. Dans les cas où les usagers sont des personnes âgées, des mineurs ou des personnes jugées incapables de donner un consentement, ceux-ci participent le plus possible aux décisions concernant leurs services, et l'équipe accorde de l'importance à leurs questions et à leurs commentaires.



15.1.21 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.

**Conseils :**

Le consentement éclairé consiste à examiner l'information sur les services avec l'utilisateur, sa famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur; à l'informer des possibilités qui s'offrent à lui et à lui laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de lui demander son consentement. Il consiste aussi à respecter les droits, la culture et les valeurs de l'utilisateur, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment, et à inscrire sa décision dans son dossier. Le processus de consentement est continu.

Il y a consentement tacite quand on offre des services pour lesquels il n'est pas nécessaire d'obtenir un consentement écrit, comme quand les usagers arrivent pour un rendez-vous ou un cours, qu'on vérifie leur tension artérielle, qu'ils présentent leur bras pour une prise de sang, qu'ils arrivent par le biais des services médicaux d'urgence ou quand leur vie est menacée ou que leur état est urgent et exige une réanimation immédiate.



15.1.22 Lorsque le patient est inapte à donner un consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'un représentant légal.

**Conseils :**

Une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur est consultée lorsqu'il est incapable de prendre une décision, et les directives préalables sont utilisées, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits de l'utilisateur. Dans ce cas, la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur reçoit de l'information sur ses rôles et ses responsabilités, et on lui donne l'occasion de poser des questions, de faire part de ses préoccupations et de discuter des possibilités qui s'offrent à l'utilisateur. La personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur peut être désignée selon la loi ou peut être un défenseur des droits des usagers, un membre de la famille, un tuteur ou un aidant.

Si le consentement est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, son nom, son lien avec l'utilisateur, ainsi que la décision prise sont inscrits dans le dossier de l'utilisateur.

Lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes, le consentement éclairé est donné par l'enfant, le jeune, la famille ou le tuteur et inscrit au dossier avant la prestation des services. Le processus de consentement utilisé prévoit de les faire participer le plus possible à la prise de décisions à propos d'un service, d'une intervention ou d'un traitement, et d'accorder de l'importance à leurs opinions et à leurs questions.



- 15.1.23 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.

**Conseils :**

Il existe un processus structuré d'examen des questions d'éthique pour déterminer les cas où l'on peut faire participer un usager à une activité de recherche. Les activités de recherche peuvent comprendre des essais cliniques, l'évaluation de nouveaux protocoles ou de changements apportés à des protocoles existants. Les usagers et les familles participent à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche participatifs, le cas échéant (p. ex. à la collecte de données qualitatives pour des initiatives d'amélioration de la qualité).



- 15.1.24 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.

**Conseils :**

Les questions d'éthique sont soulevées quand des valeurs peuvent être conflictuelles, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision. Ces questions peuvent être très graves, il peut s'agir de question de vie ou de mort ou de questions liées aux activités quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre à risque, le triage des membres de la communauté durant une situation d'urgence, les demandes de retrait de certains services spécifiques ou la fin des services, dont les services de soutien et de maintien artificiel de la vie, et les soins en fin de vie, en sont des exemples.

Le cadre d'éthique de l'organisme est utilisé pour gérer et régler les questions d'éthique. Elles peuvent être prises en charge par un comité d'éthique ou une équipe de consultation qui peut comprendre des professionnels de la santé, des membres du clergé ou des éthiciens. En plus d'offrir des consultations cliniques, le comité d'éthique peut prendre part à l'examen des politiques et à la sensibilisation à l'éthique.

Les questions d'éthique liées à des usagers précis sont consignées au dossier des usagers concernés.



- 15.1.25 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.

**Conseils :**

Les droits des usagers et des familles comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit de savoir comment l'information sur l'utilisateur sera utilisée, le droit

d'avoir accès à leur dossier et à l'information qui les concerne, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles ainsi que le droit de prendre des risques et de ne subir aucun mauvais traitement, aucune exploitation et aucune discrimination.

Les droits des usagers et des familles en matière de prestation de services englobent le droit de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation d'un service; de prendre part à tous les aspects d'un service et de faire des choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation du service; de remettre en question une décision relative au plan d'intervention interdisciplinaire ou de déposer une plainte; de participer ou de refuser de participer à une recherche ou à des essais cliniques; de recevoir des services sûrs et offerts par des personnes compétentes; et, de faire part de ses inquiétudes quant à la qualité d'un service.

Les responsabilités de l'utilisateur et de la famille comprennent le fait de traiter les autres avec respect, de fournir de l'information exacte, de signaler les risques pour la sécurité et de se conformer aux règles et aux règlements.

L'information est fournie à l'accueil ou à l'admission. Elle est adaptée aux divers besoins comme la langue, la culture, le niveau de scolarité, le style de vie et les déficiences physiques ou mentales. Si l'information ne peut être fournie à l'utilisateur et à la famille à l'accueil, celle-ci est offerte par la suite dans les meilleurs délais.



- 15.1.26 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.



- 15.1.27 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Un milieu où les usagers, les familles et les membres de l'équipe sont à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes est favorisé. L'organisme fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les familles peuvent obtenir des conseils ou une consultation. En cas d'utilisation de dossiers de santé électroniques, il existe un processus pour recevoir les plaintes et les questions des usagers au sujet de la confidentialité des dossiers électroniques, et pour y donner suite.

Les allégations présentées par les membres de l'équipe ou d'autres équipes sont aussi réglées.



- 15.1.28 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Le processus d'évaluation est aussi simplifié que possible, de façon à ce que les usagers n'aient pas à répéter l'information aux nombreux prestataires ou membres de l'équipe. S'il y a lieu, une évaluation interdisciplinaire ou collaborative peut être effectuée avec l'utilisateur, la famille et les membres appropriés de l'équipe.



- 15.1.29 Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis à l'utilisateur sont déterminés en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les besoins physiques et psychosociaux, les choix et les préférences de l'utilisateur comme défini dans son évaluation sont utilisés pour élaborer les objectifs des services. Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières de

l'utilisateur, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres membres de l'équipe et d'autres organismes qui offrent des services à l'utilisateur.



- 15.1.30 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.

**Conseils :**

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider l'équipe à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements recueillis dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils d'évaluation normalisés comporte des avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont une meilleure efficacité, une collecte de renseignements d'une plus grande exactitude, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

Les outils d'évaluation normalisés utilisés varieront selon les besoins de l'utilisateur et selon le type et la gamme de services fournis. Les outils d'évaluation normalisés utilisés sont éclairés par des données probantes et utiles pour les services fournis.



- 15.1.31 Des mesures cliniques normalisées sont utilisées pour évaluer la douleur de l'utilisateur en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Des mesures cliniques normalisées sont utilisées pour déterminer l'intensité, les caractéristiques, l'emplacement et les facteurs de réduction et d'augmentation de la douleur ainsi que les impacts de la douleur sur les activités habituelles des usagers. Plusieurs outils existent pour orienter l'évaluation de la douleur chez les usagers adultes et en pédiatrie, de même que pour les personnes qui sont incapables de communiquer verbalement ou qui sont atteintes d'une déficience cognitive. La douleur peut également être mesurée en combinaison avec d'autres symptômes au moyen d'un outil d'évaluation complet.



- 15.1.32 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour un groupe cible d'usagers quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.

**Conseils :**

Le bilan comparatif des médicaments est un processus structuré qui sert à communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments devrait être envisagé pour tous les usagers dont les soins comprennent la gestion des médicaments. Lorsqu'il n'est pas possible d'établir le bilan comparatif, des critères doivent être établis pour identifier les usagers qui risquent de subir des événements indésirables liés aux médicaments. Un outil d'évaluation des risques liés aux médicaments peut aider à identifier les usagers pour qui un bilan comparatif des médicaments est requis. Les raisons qui justifient le choix des usagers ciblés doivent être consignées.

Le bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) qui comprend la liste de tous les médicaments (notamment les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments) que l'utilisateur prend. Le MSTP précise également le mode d'administration, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la concentration, s'il y a lieu.

Pour produire le MSTP, il faut poser des questions à l'utilisateur, à la famille ou au soignant et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical antérieur



de l'usager ou un pharmacien communautaire. Une fois produit, le MSTP est un outil de référence important pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Les listes de médicaments recueillies sont comparées et lorsque des divergences sont décelées, elles sont résolues par le prescripteur principal, celui-ci pouvant provenir de l'équipe ou d'ailleurs. Le prescripteur indique les médicaments qu'il faudrait continuer de prendre, arrêter de prendre, ou changer et les raisons de le faire.

Les usagers devraient être considérés comme des partenaires actifs dans la gestion de leurs médicaments et ils devraient recevoir les renseignements sur les médicaments qu'ils devraient prendre dans un format et un langage qu'ils peuvent comprendre. Les usagers devraient être encouragés à conserver une liste de médicaments à jour et à en faire part à leurs prestataires de soins.

Comme les soins dans la communauté sont intermittents, il est possible que l'organisme de soins de santé communautaire ne soit pas toujours immédiatement informé du transfert ou du congé d'un usager. Le fait de garder une liste de médicaments à jour et exacte est la meilleure façon d'être préparé à communiquer la liste des médicaments au cercle de soins de l'usager ou au prochain prestataire de soins.

#### Tests de conformité :

- 15.1.32.1 Les types d'usagers qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée.
- 15.1.32.2 Au début des services, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et consigné au dossier.
- 15.1.32.3 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'usager et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.
- 15.1.32.4 Quand les divergences sont résolues, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'usager ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.



- 15.1.33 Une approche interprofessionnelle et collaborative est utilisée pour évaluer les besoins des usagers en matière de soins de la peau et des plaies et dispenser des soins éclairés par des données probantes qui favorisent la guérison et réduisent les cas de morbidité et de mortalité.

#### Conseils :

La guérison des plaies est un processus complexe qui dépend de l'usager (p. ex., comorbidités, âge, état nutritionnel, etc.), du type de peau et de plaies, de l'environnement de l'usager (propreté, soutien social, aides à la mobilité, etc.) et du type de soins qui sont dispensés. Un grand nombre de plaies peuvent être évitées par des soins de peau appropriés et des mesures préventives.

Quand les usagers ont des plaies, la plupart peuvent être guéries au moyen d'une évaluation adéquate, d'un diagnostic précis, du traitement pertinent et de soins autoadministrés appropriés. Des soins appropriés peuvent réduire la souffrance des usagers (p. ex., douleur rebelle, infection, amputation, hospitalisation, détérioration de la qualité de vie) et sauver des vies. La demande de service de soins de la peau et des plaies est élevée (plus du tiers des usagers des soins et services à domicile ont des besoins en matière de soins des plaies) et les plaies coûtent cher aux systèmes de santé. Des programmes efficaces de soins de la peau et des plaies permettent d'obtenir de meilleurs résultats pour les usagers et de réduire les coûts.

La façon la plus efficace de dispenser des soins de la peau et des plaies consiste en une vaste collaboration interprofessionnelle reposant sur des protocoles normalisés éclairés par des données probantes. La contribution d'une grande variété d'experts est requise et

la collaboration interprofessionnelle peut être obtenue de diverses façons (p. ex., équipes interdisciplinaires, visites, réseaux virtuels, télésanté). Il est important de déterminer quand et comment les prestataires de soins peuvent accéder aux experts afin d'assurer un diagnostic précis ainsi que des soins ininterrompus de la peau et des plaies. Pour appuyer la collaboration interprofessionnelle, l'équipe, les usagers, les familles et les aidants doivent recevoir une formation adaptée à leurs rôles de prestataires de soins.

Des soins de la peau et des plaies efficaces commencent par une évaluation complète qui permet d'établir un diagnostic précis de la plaie; il faut notamment évaluer la peau et la plaie et examiner les facteurs propres à l'usager, son environnement et les soins qu'il a déjà reçus. Il existe des lignes directrices sur les meilleures pratiques éclairées par des données probantes pour les soins de la peau et des plaies. En adoptant des lignes directrices, les organismes renforcent les soins de la peau et des plaies qu'ils dispensent grâce à une évaluation adéquate, à un diagnostic précis, à l'utilisation des produits et traitements pertinents, aux acheminements interdisciplinaires requis et à un suivi continu. Étant donné la vaste gamme de produits offerts, l'organisme est en mesure d'offrir de meilleurs soins quand il a en main une liste normalisée des produits et des critères d'utilisation s'y rattachant. De plus, pour que les professionnels de la santé puissent communiquer efficacement, il faut une approche normalisée qui permet d'obtenir une documentation complète et précise grâce à la consignation de tous les aspects de la prestation des soins.

Il a été démontré que le fait de donner aux prestataires un accès en temps opportun à l'information concernant les plaies améliore énormément les résultats pour les usagers et le temps de guérison. Les organismes doivent donc avoir en place un processus pour partager toute l'information quand l'usager passe d'un prestataire à un autre et d'un service à un autre. Des données découlant des indicateurs liés aux processus de soins et aux résultats pour les usagers peuvent aider à évaluer l'efficacité de l'approche adoptée pour les soins de la peau et des plaies. Les indicateurs possibles comprennent les données sur les soins à domicile (p. ex., la durée du séjour, les dimensions des plaies, le nombre de visites).

#### Tests de conformité :

- 15.1.33.1 Une approche consignée et coordonnée de soins de la peau et des plaies est en place pour appuyer les médecins, le personnel infirmier et les prestataires de soins paramédicaux dans leur travail de collaboration. L'approche donne accès à l'expertise appropriée compte tenu de la population de patients.
- 15.1.33.2 Les membres de l'équipe ont accès à de la formation sur les soins de la peau et des plaies, notamment sur les produits et technologies, sur l'évaluation et le traitement et sur la documentation.
- 15.1.33.3 Les usagers, les familles et les aidants reçoivent de l'information et de la formation sur les soins de la peau et des plaies autoadministrés, sous une forme qu'ils peuvent comprendre.
- 15.1.33.4 Des méthodes éclairées par des données probantes sont utilisées pour évaluer les nouveaux usagers en vue d'établir ou de confirmer le diagnostic de la plaie et pour mettre au point un plan de soins individualisé qui se penche sur la ou les causes de la plaie.
- 15.1.33.5 Des soins de la peau et des plaies normalisés qui optimisent la santé de la peau et favorisent la guérison sont dispensés.
- 15.1.33.6 Des documents normalisés sont mis en œuvre dans le but d'élaborer un rapport complet de tous les aspects de la prestation de soins de la peau et des plaies (y compris l'évaluation, les buts du traitement, le traitement dispensé et les résultats).
- 15.1.33.7 Un processus est en place pour partager l'information au sujet des soins de la peau et des plaies des usagers entre les prestataires, particulièrement aux points de transition des soins.

**15.1.33.8** L'efficacité du programme de soins de la peau et des plaies est vérifiée en évaluant les processus mis en place pour dispenser les soins (p. ex., diagnostic précis, traitement approprié, etc.) et les résultats (p. ex., temps de guérison, douleur, etc.); cette information est utilisée pour apporter des améliorations.



15.1.34 Les préférences de l'utilisateur et les options relatives aux services sont discutées dans le cadre de l'évaluation, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Les besoins et les préférences exprimés par l'utilisateur, de même que les différentes options possibles pour ses soins et services sont discutés avec l'utilisateur et la famille. L'équipe et l'utilisateur s'engagent dans une prise de décisions conjointe qui tient compte des préférences de l'utilisateur, des résultats attendus et des risques et bienfaits liés aux options.

Par exemple, diverses stratégies de gestion de la douleur peuvent faire l'objet de discussions, comme les analgésiques, ce qui comprend les opioïdes et les adjuvants, de même que les interventions d'ordre physique, comportemental et psychosocial, et l'utilisateur peut choisir l'option qu'il préfère.

Les possibilités d'auto-soins, la vie privée, les visiteurs, les traitements, les tests et les soins personnels comme ceux liés au sommeil, au bain et à l'alimentation comptent parmi les autres préférences discutées.



15.1.35 Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.



15.1.36 Les résultats de l'évaluation sont communiqués à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe en temps opportun et de manière facile à comprendre.

**Conseils :**

La communication des résultats des évaluations, lorsque nécessaire, améliore la clarté et évite la répétition. Pour que l'information soit facile à comprendre, les renseignements sont adaptés au niveau d'alphabétisme de l'utilisateur, à sa langue et à sa culture.



15.1.37 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.

**Conseils :**

Le plan d'intervention interdisciplinaire repose sur les résultats de l'évaluation de même que sur les objectifs et les résultats attendus des services. Il comprend les rôles et les responsabilités de l'équipe, des autres membres de l'équipe, d'autres organismes, ainsi que des usagers et des familles. Il comprend des renseignements détaillés sur les antécédents de l'utilisateur, les évaluations, les résultats des épreuves diagnostiques, les allergies et les médicaments, y compris les problèmes ou les réactions indésirables liés aux médicaments.

Le plan comprend le lieu de prestation et la fréquence des services, les délais avant le début des services, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et la fin des services, la façon dont sera évaluée l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.



15.1.38 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.



15.1.39 Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.

**Conseils :**

Le dossier de l'usager, qui réunit toute l'information à un seul endroit, est accessible à l'équipe qui offre les soins, y compris aux usagers.



- 15.1.40 L'état de santé de l'usager est réévalué en partenariat avec l'usager, et des mises à jour sont consignées dans son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état de santé.

**Conseils :**

Le fait de ne pas signaler un changement dans l'état de l'usager ou de tarder à le faire, en particulier lorsqu'il y a une détérioration de son état, constitue un obstacle important à la prestation de soins et de services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans l'état de santé de l'usager est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.



- 15.1.41 Les progrès de l'usager par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'usager, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.

**Conseils :**

La consignation des progrès de l'usager par rapport aux objectifs est effectuée à l'aide de méthodes qualitatives et quantitatives, et, elle inclut l'usager et sa famille. Elle peut comprendre l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés, la discussion avec les usagers et les familles et l'observation.



- 15.1.42 Les usagers et les familles ont accès à des services psychosociaux et de soutien.

**Conseils :**

Le soutien émotionnel et le counseling peuvent aider les usagers et les familles à composer avec les besoins et les problèmes en matière de santé. Le soutien peut viser à aider les usagers à composer avec un diagnostic, avec la prise de décisions ou avec les effets secondaires; il peut également être axé sur des questions d'éthique précises comme les directives préalables.



- 15.1.43 Le souhait de l'usager de mettre fin aux services ou de les limiter, d'être transféré à un autre service ou de retourner à la maison est respecté.

**Conseils :**

La prise de décisions conjointe au sujet de la transition de l'usager a lieu en consultation avec la famille ou la personne chargée de prendre les décisions au nom de l'usager, au besoin, et tient compte de la capacité de l'usager de prendre des décisions. Les risques de la transition sont discutés avec l'usager et la famille, de même que les services extra-hospitaliers auxquels ils auront accès après la transition.

Un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour travailler avec les usagers qui ont choisi des options allant à l'encontre des recommandations de l'équipe. Si l'usager souhaite continuer d'obtenir des services qui vont à l'encontre de la recommandation de l'équipe ou qui vont au-delà de la capacité de l'organisme, un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs est utilisé pour assurer un résultat juste et équitable pour l'usager et l'organisme.



- 15.1.44 Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition de l'usager, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.

**Conseils :**

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible dans le cadre du processus de soins. Les cas où la prise en charge autonome serait bénéfique pour l'utilisateur sont déterminés. Certains facteurs ont une influence sur la capacité de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisme.



- 15.1.45 Les utilisateurs sont responsabilisés de manière à gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.

**Conseils :**

L'enseignement qui favorise la responsabilisation et aide les utilisateurs à gérer eux-mêmes une maladie chronique peut comprendre la planification de mesures, l'imitation de comportement, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, l'alimentation, les techniques de gestion des symptômes, des facteurs de risque, de la fatigue et du sommeil, l'utilisation des médicaments, la gestion des émotions, les changements sur le plan de la cognition et de la mémoire, la formation en communication avec des professionnels de la santé et d'autres personnes, ainsi que la résolution de problèmes et la prise de décisions liées à des questions de santé.

Des outils et des ressources sont offerts aux utilisateurs pour les aider à gérer eux-mêmes leur état de santé. Ils sont adaptés aux besoins de chaque utilisateur. Par exemple, les outils peuvent être modifiés en fonction de leur degré de compréhension, de leur niveau d'alphabétisation, de leur invalidité, ainsi que de leur langue et de leur culture.



- 15.1.46 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'inclusion de l'information sur la planification de la transition dans le plan d'intervention interdisciplinaire que ce soit vers la maison, une autre équipe, un autre niveau de soins ou qu'il s'agisse de la fin des services, améliore la coordination entre les équipes et les organismes partenaires et aide à préparer l'utilisateur pour la fin des services. La participation de l'utilisateur à la planification de la fin des services assure que l'utilisateur et la famille sont préparés et qu'ils savent à quoi s'attendre.

Les discussions sur la transition de l'utilisateur, de même que ses besoins et préférences après les soins font partie du plan d'intervention interdisciplinaire. La discussion peut comprendre le suivi après les soins, la capacité relative à l'auto-administration des soins, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



- 15.1.47 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

**Conseils :**

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identifiants, 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'examens, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication (comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins posthospitaliers, la relecture et la reformulation) favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente et des outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisme. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisme. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les familles de répéter l'information. Les usagers et les familles ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

#### **Tests de conformité :**

- 15.1.47.1** L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 15.1.47.2** Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 15.1.47.3** Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 15.1.47.4** L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 15.1.47.5** L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :
  - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
  - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
  - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

**15.1.48** L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

#### **Conseils :**

À intervalles réguliers, un échantillon d'usagers, de familles ou d'organismes vers lesquels ils ont été acheminés est contacté pour déterminer l'efficacité de la transition ou de la fin des services, connaître l'opinion et les préoccupations des usagers après la transition et vérifier si les plans de suivi sont respectés. L'évaluation des transitions représente une occasion de vérifier que les besoins de l'utilisateur et de la famille ont été satisfaits et que leurs préoccupations ou leurs questions ont été abordées.

La rétroaction des usagers et l'ensemble des résultats de l'évaluation sont partagés avec le personnel d'encadrement et le conseil d'administration de l'organisme, et l'information est utilisée pour améliorer les transitions.





15.1.49 Les services pertinents de suivi pour l'utilisateur, le cas échéant, sont coordonnés en collaboration avec l'utilisateur, la famille, d'autres équipes et organismes.

**Conseils :**

La responsabilité entourant les soins se poursuit jusqu'à ce que le service ait pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre organisme.

Les services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extra-hospitalier, les services de counseling psychologique ainsi que des recommandations pour des soins continus. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile à l'utilisateur contribue à ce que ce dernier reçoive les services les plus appropriés à l'endroit le plus adéquat, et réduit au minimum les transferts inutiles et les solutions temporaires.

Pour veiller à ce que les usagers reçoivent des soins continus et ininterrompus, le placement et le suivi comprennent un processus pour les cas où la transition ne se passe pas comme prévu.

**15.2 Prévention et contrôle des infections - Services d'activités spécialisées à domicile**



15.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

**Conseils :**

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains permet à l'organisme d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les vérifications) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1. avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
2. avant une intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

**Tests de conformité :**

- 15.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :
- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
  - mesurer l'utilisation d'un produit;
  - inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
  - évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).
- 15.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
- 15.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces



- 15.2.2 La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

**Conseils :**

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes d'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit:

- avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
- avant une intervention aseptique;
- après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- après un contact avec un usager ou son environnement.

**Tests de conformité :**

- 15.2.2.1 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.



- 15.2.3 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

**Conseils :**

Les usagers, les familles et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de



l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que sur l'importance et l'à-propos de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.

L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les populations desservies. Le style est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres.



- 15.2.4 Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.

**Conseils :**

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains englobent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydro-alcooliques aux points de services.



- 15.2.5 Les usagers sont soumis à un dépistage afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon le risque d'infection.

**Conseils :**

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes à l'intérieur de l'organisme. Les membres de l'équipe consultent les politiques et les procédures applicables en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain séparée.



- 15.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.

**Conseils :**

Les objets pointus ou tranchants englobent les aiguilles et les lames.



- 15.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

**Conseils :**

Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).



- 15.2.8 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.

**Conseils :**

Les politiques et les procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections sont offertes en format papier ou électronique et sont facilement accessibles aux membres de l'équipe et aux bénévoles.



- 15.2.9 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

**Conseils :**

Par exemple, l'organisme peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.



- 15.2.10 De l'information est fournie sur la façon de mener à bien des activités à risques élevés, en toute sécurité, notamment sur la bonne façon d'utiliser de l'équipement de protection individuelle, comme le précisent les politiques et procédures.

**Conseils :**

Les activités à risque élevé requièrent le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié à la tâche. Les membres de l'équipe apprennent à choisir de l'équipement de protection individuelle selon le type d'exposition prévue, ainsi que selon sa durabilité, sa pertinence et son ajustement. Les membres de l'équipe savent aussi comment choisir, enfiler, changer et enlever de l'équipement de protection individuelle. Cette information peut être communiquée dans le cadre de séances de formation ou au moyen d'aide-mémoires affichés dans l'organisme.



- 15.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.

**Conseils :**

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique dangereux réduit au minimum les risques d'exposition à des micro-organismes. La manipulation comprend la collecte, le stockage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique dangereux et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

**15.3 Gestion des médicaments - Services d'activités spécialisées à domicile**



- 15.3.1 L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

Il peut être impossible de fournir cette information en situation d'urgence. L'information englobe le nom du médicament, ce à quoi il sert et à quel moment la prochaine dose doit être administrée. L'information transmise aux usagers et aux familles englobe : les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. Toute information écrite ou verbale doit être simple, facile à comprendre et transmise dans une langue appropriée. L'information sur le coût du médicament peut être fournie, s'il y a lieu.



- 15.3.2 L'information sur la façon d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments fait l'objet de discussions avec l'utilisateur et la famille.

**Conseils :**

L'étendue de l'information dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment inclure des questions à poser sur les médicaments et le fait d'encourager les usagers à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (par ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).



- 15.3.3 L'information précisant avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement est transmise à chaque usager.



- 15.3.4 L'équipe s'assure que les usagers comprennent l'information fournie, et elle répond aux préoccupations ou aux questions émises par les usagers au sujet de leurs médicaments.

**Conseils :**

Par exemple, l'utilisateur peut être amené à répéter l'information fournie afin de vérifier s'il l'a bien comprise.



- 15.3.5 À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.



- 15.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.



- 15.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.

**Conseils :**

Les critères de sélection englobent la capacité de l'utilisateur à s'auto-administrer des médicaments et l'obtention de son consentement.



- 15.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.

**Conseils :**

Par exemple, ces médicaments peuvent être rangés dans une armoire dont l'accès est limité ou au chevet de l'utilisateur dans un tiroir verrouillé.



- 15.3.9 Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires.



- 15.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.

**Conseils :**

Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans leur dossier. Cependant, l'information devrait être vérifiée par un membre de l'équipe pour s'assurer qu'elle est complète.



15.3.11 Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'utilisateur avant son administration.



15.3.12 Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.

**Conseils :**

La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé, qui exigent un processus indépendant de double vérification avant leur administration, est établie par l'organisme. Une double vérification indépendante signifie qu'un autre membre de l'équipe vérifie chaque élément qui se rattache aux processus de prescription, de délivrance et de vérification des médicaments de niveau d'alerte élevé. Cela peut comprendre la vérification de l'identité de l'utilisateur ainsi que la vérification du médicament, de sa concentration, de la vitesse de perfusion et des raccords de tubulure. La double vérification indépendante peut aussi être effectuée à l'aide d'un code à barres. Il importe de noter que cette méthode ne peut être utilisée pour vérifier la dose.



15.3.13 Si une dose est administrée en retard ou qu'elle est sautée, l'équipe consigne dans le dossier de l'utilisateur l'heure précise à laquelle le médicament a été administré.

**Conseils :**

Cela comprend les doses qui ont été sautées parce que l'utilisateur a refusé de prendre le médicament. Cette information est également consignée dans le dossier de l'utilisateur.



15.3.14 L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.

**Conseils :**

Le type de médicament administré détermine le type et la fréquence de surveillance de l'utilisateur. La surveillance peut englober, par exemple, les systèmes d'alarme et les pompes intelligentes.



15.3.15 Les effets des médicaments sur l'atteinte des objectifs de traitement de chaque utilisateur sont surveillés et consignés.

**Conseils :**

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux et à l'efficacité clinique. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des utilisateurs et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments.



15.3.16 Chaque utilisateur est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments.



15.3.17 Les alarmes utilisées pour la surveillance des utilisateurs afin de déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des utilisateurs mettant en cause des médicaments sont allumées en tout temps.

**Conseils :**

Le moniteur de saturation en oxygène ou le sphygmo-oxymètre en sont des exemples.



15.3.18 Les politiques et procédures visant à divulguer aux utilisateurs et aux familles les incidents liés à la sécurité des utilisateurs sont respectées.

## 15.4 Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Services d'activités spécialisées à domicile



15.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.

### Conseils :

Tous les dispositifs médicaux reçus dans l'aire de décontamination sont considérés comme contaminés avec des matières infectieuses.



15.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

### Conseils :

Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure de retirer les saletés et de purger les instruments munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un véhicule pour la prolifération de micro-organismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les micro-organismes contre le processus de stérilisation.



15.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

## Chapitre 16 : Cheminement de l'utilisateur

Le cheminement de l'utilisateur concerne le déplacement sans heurts et en temps opportun des utilisateurs entre les divers milieux de services et de soins, et ce afin d'optimiser une trajectoire de l'utilisateur qui est fluide et d'éviter l'engorgement du service des urgences.

### 16.1 Cheminement de l'utilisateur



- 16.1.1 L'information sur le cheminement des utilisateurs est recueillie et analysée pour déceler les obstacles au cheminement optimal des utilisateurs, leurs causes ainsi que leurs répercussions sur l'expérience et la sécurité des utilisateurs.

#### Conseils :

Les obstacles au cheminement optimal des utilisateurs comprennent les situations où la demande de services est supérieure à la capacité de l'organisme à fournir ces services, ce qui perturbe la fluidité des transitions dans le continuum de soins pour les utilisateurs. Les attentes, les retards, les engorgements ou le travail en attente entrent dans cette catégorie. Les secteurs de l'organisme les plus susceptibles de constituer des obstacles à un cheminement optimal et efficace des utilisateurs comprennent les soins primaires, les services d'urgence (attente pour l'admission à l'hospitalisation), les unités de soins intensifs ou post-anesthésiques (attente pour des lits de soins chirurgicaux ou médicaux), les unités d'hospitalisation (attente pour des lits dans le milieu de soins suivant), les milieux communautaires (attente pour des soins de longue durée, des soins et services à domicile, du soutien à domicile, de l'hébergement ou des soins palliatifs).

L'analyse du cheminement doit comprendre un examen du système selon la perspective de l'utilisateur, ainsi que l'étude du taux d'occupation et de la fréquence à laquelle les utilisateurs demeurent dans certains secteurs pendant qu'ils attendent de passer à un autre niveau ou milieu de soins. Il faut étudier les possibilités d'examiner les commentaires fournis par les utilisateurs dans les sondages et, de façon plus active, dans les groupes de discussion sur le cheminement et durant les tournées de la haute direction. Cela peut aussi comprendre l'analyse de la variabilité de la demande de services, ce qui inclut les tendances en matière de volume de chirurgies ou les temps d'attente pour des soins d'urgence, des interventions chirurgicales ou des soins de longue durée, ainsi que la capacité de l'organisme à répondre à ces demandes.



- 16.1.2 L'information sur les obstacles au cheminement des utilisateurs sert à élaborer une stratégie visant à renforcer la capacité de l'organisme à répondre à la demande de services et à améliorer le cheminement des utilisateurs dans l'ensemble de l'organisme.

#### Conseils :

La stratégie visant à améliorer le cheminement des utilisateurs peut s'appliquer à une région géographique, à un système de santé, à un réseau d'établissements de soins de santé ou à un organisme de soins de santé indépendant. Les équipes, les utilisateurs et leur famille participent au processus d'élaboration de la stratégie d'amélioration du cheminement des utilisateurs. Une fois les obstacles ou les difficultés et leurs causes cernés, l'amélioration du cheminement des utilisateurs peut englober les activités ou les processus inefficaces ou non sécuritaires qui contribuent à l'inefficacité du cheminement des utilisateurs dans l'ensemble de l'organisme.

L'amélioration du cheminement des utilisateurs peut comprendre l'évaluation et l'amélioration des processus de triage; l'ajout de lits ou la modification de la capacité en lits ou l'établissement de politiques et de procédures visant la capacité à faire face à des hausses soudaines de demandes, incluant les seuils à atteindre pour déclencher l'augmentation de la capacité; l'amélioration des délais d'exécution pour le nettoyage des lits; l'amélioration du transfert d'information entre les services ou les unités; la détermination des utilisateurs ou des cas prioritaires et la réservation de lits pour les personnes qui ont reçu la priorité; ou l'établissement d'un équilibre entre l'horaire des

chirurgies urgentes et non urgentes afin d'avoir la marge de manœuvre nécessaire pour réaliser des chirurgies d'urgence ou imprévues.



- 16.1.3 Le personnel d'encadrement de l'organisme collabore avec d'autres prestataires de services et d'autres partenaires en vue d'améliorer et d'optimiser le cheminement des usagers.

**Conseils :**

Le personnel d'encadrement de l'organisme établit des partenariats avec des prestataires de services de l'extérieur de l'organisme, notamment des consultants (p. ex. pour les épreuves diagnostiques), des prestataires de soins de courte durée et de soins primaires, des services de consultation et des organismes de soins de longue durée, pour améliorer les situations problématiques liées au cheminement des usagers à l'admission et au congé. Pour ce faire, une méthode consiste à établir des lignes directrices visant à déterminer le milieu de soins le plus approprié (par exemple, quels usagers envoyer au service des urgences plutôt que de leur offrir des soins primaires).



- 16.1.4 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.

**Conseils :**

La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions prévues, les consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.

L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).

L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires (services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.

**Tests de conformité :**

- 16.1.4.1** Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le

cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.

16.1.4.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.

16.1.4.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.

16.1.4.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.

16.1.4.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).

16.1.4.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.

16.1.4.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).

16.1.4.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.



16.1.5 L'équipe a accès à l'information sur la santé de l'utilisateur au moment opportun.

**Conseils :**

L'équipe détient suffisamment d'information pour prodiguer des soins sûrs et efficaces et pour assurer la sécurité de l'utilisateur et de l'équipe. Bien que l'information soit plus limitée lors d'un appel d'urgence, l'équipe reçoit le plus de renseignements que possible.

L'équipe dispose de politiques écrites qui précisent quand et comment accéder aux renseignements sur l'utilisateur et qui ou quels services peuvent y accéder, p. ex., les services policiers, les services d'incendie, des avocats.



16.1.6 Un processus normalisé et proactif est en place pour la détermination des priorités et l'établissement de l'horaire des interventions non urgentes.

**Conseils :**

Le processus permet d'ajouter des personnes hospitalisées et des cas d'urgence à l'horaire, s'il y a lieu.



16.1.7 Les listes d'attente sont surveillées et mises à jour sur une base régulière, et les usagers sont informés de la date prévue pour leur intervention planifiée.



16.1.8 Les temps d'attente pour les services sont surveillés et comparés aux cibles cernées (p. ex., les temps d'attente établis au plan régional).





- 16.1.9 Le cheminement des usagers à l'intérieur de l'organisme est pris en compte et géré en collaboration avec le personnel d'encadrement de l'organisme et avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

L'information recueillie pendant le suivi et l'évaluation des tendances au service des urgences est utilisée pour déterminer les aspects à améliorer et pour faire valoir les besoins en ressources (p. ex. financières, de soutien au changement) auprès du personnel d'encadrement de l'organisme. Le processus prévu pour s'occuper de la congestion du service des urgences peut englober l'évaluation et l'acheminement d'usagers sélectionnés par les services médicaux d'urgence (SMU) vers des services de santé communautaire ou de soins primaires, la communication proactive au sujet de l'utilisation et de l'accès à des ressources au sein de la communauté, des technologies de l'information améliorées pour aider dans la répartition des usagers, un processus de triage pour assurer le transfert efficace des usagers des SMU, de même que les ententes de transfert des soins.



- 16.1.10 Les obstacles qui empêchent les usagers, les familles, les prestataires et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder au service des urgences sont cernés et éliminés avec l'apport des usagers et des familles.

**Conseils :**

Les obstacles qui empêchent d'accéder aux services englobent ce qui suit : la congestion qui résulte d'interruptions dans le cheminement des usagers et le transfert des usagers vers des unités d'hospitalisation, les obstacles physiques et linguistiques, l'absence ou l'inefficacité du protocole de surcapacité, la congestion qui découle d'un volume élevé d'usagers qui se présentent au service des urgences, le transport, les délais de déchargement des ambulances, le détournement d'ambulances en provenance d'autres organismes et le manque de lits d'hospitalisation.



- 16.1.11 Des services d'urgence complets sont fournis en collaboration avec les partenaires.

**Conseils :**

Les partenaires comprennent les autres partenaires d'intervention d'urgence ainsi que d'autres sources d'acheminement ou de transfert. L'équipe a établi des liens avec des partenaires et communique régulièrement avec eux pour prévoir les demandes de services et faciliter les transitions. Les autres prestataires de services de santé d'urgence peuvent englober les ambulanciers et les répartiteurs d'ambulance, le service d'incendie ou des groupes communautaires.

Les partenaires autres que ceux qui s'occupent d'interventions d'urgence comprennent les autres services de l'organisme qui acheminent des usagers ainsi que les services de santé primaire. Il y a une collaboration avec ces organismes pour veiller à ce que la transition des soins s'effectue en douceur et en toute sécurité.



- 16.1.12 Des processus et procédures normalisés sont suivis pour coordonner le transfert entre établissements ou vers d'autres équipes de soins à l'intérieur de l'organisme.

**Conseils :**

Cela peut englober le transfert vers un niveau de soins plus élevé ou vers les services spécialisés d'un organisme et peut être déterminé par l'organisme ou dépendre d'éléments dictés par le problème de santé (p. ex. en cas d'AVC ou si l'on soupçonne une lésion cérébrale ou une lésion médullaire ou un syndrome coronarien aigu).

Les processus visant à améliorer le cheminement des usagers vers d'autres établissements et à l'intérieur de l'organisme peuvent englober une méthode ou un schéma pour l'acheminement des usagers, une analyse des séries chronologiques afin de prévoir les ressources nécessaires dans les unités d'hospitalisation en raison des

admissions au service des urgences, ou un protocole sur la pleine capacité du service des urgences pour faciliter l'admission des usagers gardés au service des urgences en attendant qu'un lit soit mis à leur disposition.



- 16.1.13 La planification des congés est effectuée avec d'autres services et programmes de soins de santé et elle comprend l'information au sujet des acheminements.

**Conseils :**

Les autres services et programmes de soins de santé peuvent comprendre les soins de santé en milieu communautaire ou les programmes de services sociaux.



- 16.1.14 Des protocoles sont en place pour déterminer et gérer les périodes de congestion et d'afflux massif au service des urgences.

**Conseils :**

Des protocoles sont accessibles pour les périodes de congestion et d'afflux massif et ils sont suivis par l'équipe. Les protocoles précisent à quel moment il faut y avoir recours (p. ex. le ratio usagers/équipe ou le seuil établi pour le temps d'attente des usagers), les protocoles de dotation, quand communiquer avec d'autres équipes à l'intérieur de l'organisme et quand communiquer avec les partenaires de l'extérieur de l'organisme.

Les protocoles sont élaborés en partenariat avec d'autres équipes et des partenaires de la communauté, et ils s'harmonisent avec le plan en vue de sinistres et d'urgence de l'organisme.



- 16.1.15 Des protocoles pour déplacer les usagers ailleurs dans l'organisme pendant les périodes de congestion sont suivis par l'équipe.

**Conseils :**

En plus de limiter l'accès aux soins appropriés en temps opportun, la congestion du service des urgences constitue un risque pour la sécurité. En cas de congestion les protocoles établis sont suivis pour ce qui est d'améliorer l'utilisation des services d'hospitalisation et de transférer le bon usager dans le bon lit à l'intérieur d'un délai approprié grâce à des ententes de transfert avec d'autres secteurs de l'organisme. Les usagers qui ont besoin d'un autre niveau de soins sont identifiés et transférés, y compris pour ce qui est des soins pour malades chroniques, des soins complexes pour malades chroniques, des soins de transition, des soins de répit et des soins palliatifs.



- 16.1.16 Les protocoles établis pour la gestion des cas sont suivis lorsque les lits d'hospitalisation ne sont pas disponibles.

**Conseils :**

Les protocoles varient en fonction du type et de la taille de l'organisme, de la communauté desservie et des autres ressources mises à la disposition des usagers. D'autres possibilités peuvent être étudiées en ce qui concerne l'acheminement ou les services, p. ex. transférer des usagers vers un autre hôpital ou déterminer si un usager est prêt à demeurer au service des urgences si le transfert vers d'autres services de santé ou programmes n'est pas possible.



- 16.1.17 Les protocoles pour gérer les périodes de congestion et d'afflux massif sont suivis avant de faire appel à d'autres établissements de santé ou de détourner des ambulances.

**Conseils :**

Faire appel à d'autres établissements de santé pourrait être une option lorsque la capacité d'un organisme est dépassée. Des protocoles relatifs à l'accès à l'aide d'autres établissements de santé ou au détournement d'ambulance sont établis et suivis.

Les protocoles sont souvent établis par l'autorité sanitaire de la région où est situé l'organisme.

## Chapitre 17 : Documents de référence

Le présent cadre de référence émane du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Complémentaires à ce manuel, ces référentiels ont pour objectif d'appuyer les établissements responsables d'offrir des soins et services en Santé physique au Québec.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec. (2016). Les niveaux de soins : normes et standards de qualité

**Lien :**

[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS\\_Guide\\_NiveauxdeSoin.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveauxdeSoin.pdf)

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2018). Directives médicales anticipées – Loi concernant les soins de fin de vie (18-828-04F)

**Lien :** <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-828-04F.pdf>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec. (2015). Les niveaux d'intervention médicale – niveaux de soins : portrait de la situation et revue de la littérature

**Lien :** <https://www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication/les-niveaux-dintervention-medicale-niveaux-de-soins.html>

# Glossaire

Afin d'harmoniser la terminologie dans les milieux des services de santé et des services sociaux et pour faciliter l'utilisation des normes de HSO, un glossaire est mis à votre disposition dans votre portail virtuel.

Il s'agit de la norme mondiale HSO 0400 qui définit les concepts fondamentaux, les principes et le vocabulaire liés aux services de santé et services sociaux de qualité et à la sécurité des usagers qui servent d'assise aux normes de HSO.