



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport de visite

---

## **Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches**

Sainte-Marie, QC

**Séquence 5**

Dates de la visite d'agrément : 11 au 16 juin 2023

Date de production du rapport : 8 août 2023

## Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en juin 2023. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

Les résultats du processus d'agrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Agrément Canada se fie à l'exactitude des renseignements qu'il a reçus pour planifier et mener la visite d'agrément, ainsi que pour préparer le rapport de visite.

## Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel et fourni par Agrément Canada uniquement à l'organisme. Agrément Canada ne présente ce rapport à aucune autre partie.

En vue de favoriser la transparence et la reddition de compte, Agrément Canada encourage l'organisme à divulguer le contenu de son rapport de visite au personnel, aux membres du conseil d'administration, aux usagers, à la communauté et aux autres partenaires.

Toute modification du présent rapport compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	5
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	6
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	14
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	16
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	19
Résultats pour les manuels d'évaluation	20
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services	20
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)	24
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	27
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	31
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)	34
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie	40
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	43

## Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issue du cycle de 5 ans.

Le présent rapport fait état des résultats à ce jour et est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

Il convient de féliciter l'organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 11 au 16 juin 2023**

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les emplacements et services de l'organisme sont considérés comme agréés.

1. Centre de services externes pour les aînés de Saint-Romuald
2. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Beauceville (CLSC, CHSLD, CRDP, Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie)
3. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Lac-Etchemin (CLSC, CHSLD, GMF-U)
4. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Lévis (CLSC, CHSLD, Centre de réadaptation en dépendance)
5. Centre multiservices de santé et de services sociaux Paul-Gilbert (CHSGS, CHSLD, CRDP)
6. CHSLD de Cap-Saint-Ignace
7. CHSLD de Saint-Eugène
8. CHSLD de Saint-Fabien-de-Panet
9. CHSLD de Saint-Isidore
10. CHSLD de Saint-Raphaël
11. CHSLD de Saint-Sylvestre
12. CHSLD de Sainte-Croix
13. CHSLD Denis-Marcotte

14. CHSLD du Séminaire
15. CHSLD et Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Saint-Apollinaire
16. CHSLD et CLSC de Saint-Anselme
17. CHSLD et CLSC de Saint-Gervais
18. CHSLD et CLSC de Sainte-Claire
19. CHSLD Marc-André Jacques
20. CHSLD René-Lavoie
21. CHSLD Richard-Busque
22. CHSLD Saint-Alexandre
23. CLSC de Thetford Mines
24. CLSC et CHSLD de Montmagny
25. CLSC et CHSLD de Saint-Prosper
26. CLSC et CHSLD de Sainte-Marie
27. CLSC, Centre de services externes pour les aînés de Laurier-Station et GMF intramuros
28. CLSC, CHSLD de Saint-Jean-Port-Joli et point de service du GMF de Montmagny (intramuros)
29. Hôpital de Saint-Georges
30. Hôtel-Dieu de Lévis

31. Siège Social du CISSS Chaudière-Appalaches









• **Manuels d'évaluation**

Les manuels d'évaluation suivants ont été utilisés pour évaluer les programmes et les services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

1. Soutien à l'autonomie des personnes âgées

## Analyse selon les dimensions de la qualité

Agrément Canada définit la qualité des soins de santé à l'aide de huit dimensions de la qualité qui représentent les principaux éléments de la prestation des services. Chaque critère des manuels d'évaluation est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	2	0	0	2
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	33	0	0	33
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	119	35	12	166
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	8	1	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	168	14	2	184
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	19	2	0	21
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	112	22	2	136
 Efficacité (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	2	0	0	2
<b>Total</b>	<b>463</b>	<b>74</b>	<b>16</b>	<b>553</b>



## Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

Le programme Qmentum permet de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins et des services sécuritaires, et de haute qualité qui sont gérés efficacement.

Les manuels d'évaluation sont accompagnés de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à ces derniers.

Les chapitres des manuels d'évaluation traitent de populations, de secteurs et de services bien précis dans un programme-services. Les chapitres qui servent à évaluer un programme-service sont choisis en fonction du type de services offerts.

L'information contenue dans le tableau fait état des manuels d'évaluation qui ont servi à évaluer l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées</b>									
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services	29 (72,5%)	11 (27,5%)	0	40 (83,3%)	8 (16,7%)	0	69 (78,4%)	19 (21,6%)	0
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)	32 (86,5%)	5 (13,5%)	1	59 (96,7%)	2 (3,3%)	2	91 (92,9%)	7 (7,1%)	3
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	30 (85,7%)	5 (14,3%)	1	44 (100,0%)	0 (0,0%)	1	74 (93,7%)	5 (6,3%)	2
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	23 (92,0%)	2 (8,0%)	5	43 (93,5%)	3 (6,5%)	0	66 (93,0%)	5 (7,0%)	5

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)	26 (81,3%)	6 (18,8%)	3	39 (92,9%)	3 (7,1%)	0	65 (87,8%)	9 (12,2%)	3
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie	23 (85,2%)	4 (14,8%)	1	48 (88,9%)	6 (11,1%)	1	71 (87,7%)	10 (12,3%)	2
<b>Total</b>	<b>163 (83,2%)</b>	<b>33 (16,8%)</b>	<b>11</b>	<b>273 (92,5%)</b>	<b>22 (7,5%)</b>	<b>4</b>	<b>436 (88,8%)</b>	<b>55 (11,2%)</b>	<b>15</b>
<b>Total</b>	<b>163 (83,2%)</b>	<b>33 (16,8%)</b>	<b>11</b>	<b>273 (92,5%)</b>	<b>22 (7,5%)</b>	<b>4</b>	<b>436 (88,8%)</b>	<b>55 (11,2%)</b>	<b>15</b>

\* N'inclut pas les POR (Pratiques organisationnelles requises)

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'organisme doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité. L'organisme doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité pour être jugé conforme à la POR.

Ce tableau fait état des cotes qui ont été attribuées selon les POR pertinentes.

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Non Conforme	5 sur 7
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Non Conforme	0 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Non Conforme	0 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Conforme	4 sur 4

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	4 sur 4
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Non Conforme	4 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	2 sur 5
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	0 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Non Conforme	0 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Non Conforme	0 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Non Conforme	0 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Non Conforme	3 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Non Conforme	2 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	3 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Conforme	8 sur 8
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Non Conforme	7 sur 8
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	8 sur 8
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Conforme	6 sur 6
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Non Conforme	0 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3



## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

**L'équipe de visiteurs a fait les observations suivantes au sujet de l'ensemble des points forts, des possibilités d'amélioration et des défis de l'organisme.**

Les visiteurs ont eu le privilège de visiter 33 sites et ont pu constater que les équipes ont développé des outils et des processus efficaces qui améliorent la qualité des soins et la sécurité des usagers pour tendre vers un cheminement optimal. Ce défi est relevé en grande partie par un leadership de gestion constructif, bienveillant et rigoureux. Il faut également souligner, au passage, la qualité de la communication et des interactions ouvertes et transparentes aussi bien entre les différentes composantes de l'établissement qu'avec les partenaires. L'établissement fait face à des enjeux au niveau des ressources humaines, mais la conscience de ces défis est garante de l'amorce de la mise en place de stratégies prometteuses. Il reste bien entendu de l'amélioration à poursuivre et la quête de l'excellence se doit d'être encore et toujours au cœur des actions.

L'ensemble des visiteurs tient à mettre en perspective le dévouement, le souci de l'excellence et de la qualité qui animent tous les intervenants. Cette approche est porteuse d'une culture de l'amélioration continue en constante effervescence. Bien que plusieurs pratiques organisationnelles requises (POR) ne soient pas conformes (prévention du suicide, transmission de l'information, hygiène des mains, bilan comparatif des médicaments/BCM, déclaration des incidents/accidents, sécurité à domicile et plaies de pression). Les visiteurs désirent souligner qu'il s'agit la plupart du temps de poursuivre un travail déjà très bien amorcé afin d'atteindre la conformité. Ils rappellent à l'établissement qu'il s'agit d'enjeux de sécurité importants et l'invitent à poursuivre les travaux amorcés.

L'implication du personnel, la place accordée à l'utilisateur et la détermination à tendre vers l'amélioration constatée au cours de cette visite sont tout à l'honneur de chacun des intervenants et des gestionnaires rencontrés. Il faut souligner l'ardeur des comités des résidents qui poursuivent leurs activités et se redynamisent de façon remarquable à la suite d'une pandémie. Ces comités offrent un bel exemple de participation des proches. Les visiteurs invitent l'établissement à réfléchir sur l'optimisation de la participation de l'utilisateur et de ses proches pour en faire de réels partenaires.

Il a été possible d'observer le sentiment d'appartenance et la fierté des travailleurs qui œuvrent au sein de l'établissement. Les partenariats sont multiples, dynamiques, empreints de bienveillance, axés sur la complémentarité et la collaboration. L'ensemble de l'organisation et de ces partenariats sont au service de la clientèle qui est au cœur même des décisions et des actions. La gestion des risques est l'affaire de tous et les visiteurs ont pu sentir cette culture, bien que la diffusion des résultats soit un travail à poursuivre. L'établissement est encouragé à poursuivre cette diffusion et à en optimiser l'utilisation.

Il faut revenir sur la collaboration qui est une valeur de l'établissement bien sentie par chacun des visiteurs dans la très grande majorité des sites visités. L'utilisateur et ses proches sont les pierres angulaires de chaque acte professionnel posé et une sensibilité accrue a été observée dans certains des secteurs visités.

La clientèle a accès à une offre de services de qualité, peu importe son lieu de résidence, et ce, malgré la pénurie de personnel et les différences physiques au niveau des installations de certains sites. L'établissement est invité à travailler en vue de réduire la disparité entre ces sites, car certaines différences observées entre les points de service ont attiré l'attention de l'équipe visiteuse.

L'établissement s'inscrit graduellement dans une culture de la mesure par des actions concrètes, mais le travail amorcé se doit d'être continuellement soutenu. La poursuite de ce développement de culture est encouragée, notamment en ce qui a trait aux divers audits. Il serait souhaitable que l'établissement profite des différents commentaires partagés au cours de la visite pour poursuivre certaines améliorations qui peuvent être parfois très locales ou situationnelles. L'établissement est également encouragé à poursuivre l'implantation de la culture de la qualité dans les pratiques managériales et professionnelles ainsi que le suivi rigoureux des améliorations à apporter aux services en étroite collaboration avec les usagers et leurs proches.

En conclusion, les visiteurs affectés à l'évaluation du programme de soutien à l'autonomie de personnes âgées (SAPA) ont constaté que l'établissement s'inscrit dans un désir d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services. La volonté et les moyens sont présents pour aller au-delà des pratiques actuelles et toujours tendre vers l'excellence.

## Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

Chaque POR est associée à l'un des buts suivants en matière de sécurité des usagers, soit la culture de sécurité, la communication, l'utilisation des médicaments, le milieu de travail ou les effectifs, la prévention des infections, ou l'évaluation des risques.

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et le chapitre du manuel d'évaluation dans lequel il se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>	
<p><b>Mécanisme de déclaration des événements indésirables</b> 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services 1.6.1</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Transfert de l'information aux points de transition des soins</b> L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.1.76</li> <li>Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.1.56</li> <li>Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits) 4.1.49</li> <li>Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) 5.1.49</li> <li>Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie 6.1.56</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b> 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.1.28</li> <li>Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits) 4.1.35</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>	
<p><b>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains</b> La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits) 4.2.1</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) 5.2.1</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie 6.2.1</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Stratégie de prévention des chutes</b> Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.1.30</li> </ul>
<p><b>Prévention du suicide</b> Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.1.40</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.1.29</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits) 4.1.36</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) 5.1.10</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie 6.1.33</li> </ul>
<p><b>Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile</b> Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) 5.1.9</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<p><b>Soins efficaces des plaies</b> 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) 5.1.33</li></ul>

## Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, expliquent ce qui justifie la cote attribuée et émettent des commentaires pour chaque chapitre.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux chapitres. Les explications qui justifient la cote de non-conformité attribuée à certains critères se trouvent en ligne dans le plan d'amélioration de la qualité du rendement de l'organisme.

**INTERPRÉTATION DES TABLEAUX DE LA PRÉSENTE SECTION : Les tableaux font état de tous les critères non respectés de chaque ensemble de normes, indiquent les critères à priorité élevée (qui comprennent des POR) et fournissent les commentaires des visiteurs pour chaque processus prioritaire.**

**Les symboles suivants accompagnent les critères à priorité élevée et les tests de conformité aux POR :**



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

## Résultats pour les manuels d'évaluation

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des manuels d'évaluation, puis des chapitres.

### Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>	
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.	!
1.2.12 Les usagers ont accès à un espace consacré à la spiritualité et à un soutien spirituel qui répond à leurs besoins.	
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.	!
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.	
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.	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
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.	!
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.	
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.	!
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.	

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.	!
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.	!
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.	
1.5.16	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
1.5.17	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
1.5.18	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
1.5.19	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration 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.	POR
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.	
1.6.1.6	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.	
1.7.1	Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.	!
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.	!



**Commentaires des visiteurs****Chapitre 1 - Excellence des services**

Une nouvelle structure de gouvernance et un nouvel organigramme au niveau de l'équipe de direction sont en place depuis 2022. Deux directions ont été créées dans le cadre du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), soit la Direction du continuum soutien à domicile et partenariat communautaire et la Direction de l'hébergement du programme SAPA. Cette décision dénote l'importance accordée à ces secteurs et respecte les orientations ministérielles.

Le manque d'accès aux ressources d'hébergement en soins de longue durée sur le territoire crée une pression sur les lits et compromet la fluidité hospitalière de courte durée et, en cascade, sur les services de maintien à domicile, ce qui génère son lot de défis. En réponse, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont beaucoup de pression pour prendre plus de résidents et les équipes développent des mesures inventives, mais qui sont parfois au détriment de la qualité du milieu de vie des résidents. Particulièrement lorsqu'il arrive des situations de fin de vie de résident en chambre commune, il est recommandé de pouvoir compter sur la disponibilité d'une chambre individuelle dédiée à cette fin.

L'approche des soins centrés sur la personne ressort clairement dans la vision du soutien à domicile qui se lit comme suit : « Engagés pour vous et avec vous pour un vivre à domicile en sécurité, en tenant compte de vos besoins et de ceux de vos proches aidants, ainsi que de vos préférences dans une approche bienveillante ». En hébergement, on souhaite développer « Un milieu de vie bien avant tout! » soit un milieu chaleureux, accueillant et adapté aux besoins des usagers. Les comités des résidents contribuent à donner une voix à ceux-ci.

Bien que le processus pour susciter l'implication des usagers, des résidents et des proches autant pour des préoccupations cliniques que pour des préoccupations d'ordre administratives soit bien amorcé, il serait à renforcer à tous les niveaux. Il faudrait tendre vers un modèle partagé de gestion où l'on retrouve la partie administrative, la partie médicale et l'utilisateur partenaire.

Le manque de ressources est soulevé comme enjeux majeurs dans l'ensemble des milieux. Des stratégies innovantes pour intégrer de nouveaux titres d'emploi et l'intégration de nouvelles technologies sont en cours. Du côté du soutien à domicile et des services gériatriques, on compte sur de solides partenariats internes et externes pour agrandir l'offre de service populationnelle et un virage massif du maintien à domicile en cohérence avec la volonté des usagers. Du côté de l'hébergement, on poursuit les projets de réorganisation du travail, avec l'intégration de nouveaux titres d'emploi et la collaboration interprofessionnelle accrue. L'implantation d'une philosophie de gestion suscitant le mieux-être au travail et la mobilisation des employés et gestionnaires est aussi une stratégie de rétention et de recrutement.

Dans l'ensemble, le soutien des gestionnaires est présent pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance des employés. Pour certains, l'évaluation de la contribution est réalisée, mais ce n'est pas la réalité pour tous. Dans quelques milieux, bien que l'offre de formation soit présente, les employés arrivent difficilement à se libérer pour y avoir accès.

L'approche collaborative et la communication dans les équipes sont généralement très bonnes, les équipes sont petites et les gens travaillent étroitement.

L'attente pour obtenir les services de soins à domicile et l'hébergement est longue. Les priorités sont bien définies. Une fois pris en charge par les équipes, le cheminement est fluide dans la trajectoire. L'intervenant pivot est nommé et suit l'utilisateur, ce qui facilite les différentes étapes.

Devant le constat de fragilité des milieux de vie et des organisations communautaires qui sont des partenaires importants du réseau, il a été décidé de créer un nouveau poste de chef de partenariats et, de plus, la direction met en place des concertations stratégiques avec les partenaires de la communauté. Cette décision dénote l'importance accordée au partenariat.

L'harmonisation des pratiques et des outils d'information chemine doucement. Les multiples outils de consignation où se retrouvent des informations cliniques sont un frein à la continuité des services.

En lien avec l'éthique, une formation a été offerte au niveau des directions et un comité est actif. L'intention est maintenant de partager ces connaissances avec l'ensemble des équipes pour qu'elles soient en mesure de reconnaître et soulever les dilemmes éthiques et leur offrir du soutien pour permettre le cheminement vers des solutions satisfaisantes.

Concernant le processus de déclaration et de divulgation, il reste à informer les résidents et les usagers en ce qui a trait au moment et à la façon de déclarer un événement et effectuer le suivi auprès des équipes à la suite d'une déclaration.



Bien que plusieurs projets d'amélioration de la qualité soient en cours dans plusieurs sites, les visiteurs n'ont pas été en mesure de les identifier. Des indicateurs de qualités sont suivis et plusieurs audits sont réalisés, mais pas nécessairement pour faire le suivi d'objectif mesurable qui découle d'un plan d'action de la qualité. Les salles de pilotages et des stations visuelles sont présentes dans peu de sites.

Les exercices en lien avec les mesures d'urgence n'ont pas eu lieu dans tous les sites dernièrement et l'on semble se préoccuper seulement du risque d'incendie. L'établissement est invité à effectuer des exercices régulièrement pour l'ensemble des sinistres potentiels.

L'innovation, la recherche de données probantes et du partage des apprentissages est intégrée aux pratiques.

D'un milieu à l'autre et particulièrement en hébergement, les installations sont très différentes. Certains milieux sont récents, propres, lumineux et bien entretenus tandis que d'autres devront être rafraîchis.

## Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 2 – Soins et services de longue durée (usagers admis)</b>	
2.1.6 De la formation et du perfectionnement sont fournis à l'équipe sur les techniques sécuritaires à utiliser pour déplacer et soulever les résidents.	
2.1.24 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
2.1.27 La stratégie de l'organisme en matière de prévention des mauvais traitements est comprise et suivie par l'équipe.	!
2.1.31 La pertinence de l'utilisation d'antipsychotiques est évaluée et l'information est utilisée pour apporter des améliorations.	!
2.1.40 Les résidents sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 2.1.40.1 Les résidents à risque de suicide sont cernés. 2.1.40.2 Le risque de suicide chez chaque résident est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent. 2.1.40.3 Les besoins de sécurité immédiats du résident chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte. 2.1.40.4 Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les résidents chez qui on a détecté un risque de suicide. 2.1.40.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier du résident.	
2.1.76 L'information pertinente aux soins dispensés au résident est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 2.1.76.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les résidents changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé. 2.1.76.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. 2.1.76.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	

2.1.76.5	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 résidents) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information demander aux résidents, 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 résidents).	
2.1.77	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des résidents et des proches aidants.	
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.	!
2.2.11	Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	!

### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 2 – Soins et services de longue durée (usagers admis)

Les équipes affectées aux soins et services de longue durée (usagers admis) qui ont été rencontrées font montre de professionnalisme et d'un haut niveau d'engagement envers la clientèle. Les professionnels ont su développer une approche collaborative et sont soucieux de la bienveillance envers les personnes âgées.

Les équipes des soins et services de longue durée travaillent en étroite collaboration avec de nombreux partenaires communautaires favorisant les interactions intergénérationnelles. Les gestionnaires et intervenants rencontrés manifestent leur grand souci de privilégier une approche axée sur l'utilisateur et la prévention du déconditionnement. Des liens fonctionnels sont établis entre les soins et services de longue durée pour usagers admis et les partenaires, comme le comité des résidents, ce qui favorise une continuité de services et un cheminement fluide des usagers.

La collaboration entre les intervenants des différentes disciplines professionnelles est solidement établie. Des plans d'interventions individuels sont élaborés et des réévaluations sont prévues. Plusieurs pratiques organisationnelles requises (POR), des critères incontournables en matière de sécurité des soins et services, ont été évaluées comme étant conformes, en regard notamment des soins de plaies, du bilan comparatif des médicaments, du cheminement des usagers, de l'identification des usagers, de la prévention des chutes et de l'hygiène des mains. Le critère à priorité élevée relatif à la formation en prévention de maltraitance a également été respecté.

Une POR a été évaluée comme étant non conforme aux soins et services de longue durée pour usager admis : l'évaluation du risque de suicide. Bien que certaines pratiques soient en place pour cerner les personnes à risque de suicide, elles ne sont pas suffisamment structurées et systématisées dans l'ensemble. Les intervenants rencontrés témoignent d'une sensibilité aux activités d'amélioration de la qualité. L'établissement est encouragé à poursuivre la mise en œuvre d'une politique sur la prévention du suicide pour les usagers et leurs proches afin de renforcer l'approche proactive.

Certains critères à priorité élevée ont été évalués comme étant non conformes tels que : 2.2.6 « Il existe une politique et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants ». Bien que la procédure soit bien établie afin de garder ces objets dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations, l'établissement est encouragé à développer une politique à cet égard. 2.2.11 « Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique ». Bien qu'il existe une procédure post-exposition professionnelle et accidentelle à du sang ou à des liquides biologiques, il n'y a pas de politique et procédure concernant la manipulation du matériel biologique dangereux. L'établissement est encouragé à développer une politique à cet égard.

Succès :





- Activités et approches innovatrices centrées sur le bien-être du résident.
- Plusieurs partenaires communautaires et de beaux projets innovateurs.
- Approche préventive en regard du déconditionnement.
- Équipes mobilisées, motivées et dévouées.
- Milieu de vie vivant et harmonieux.

Défis :

- Standardiser et systématiser l'évaluation du risque de suicide.
- Favoriser le cheminement des usagers en assurant une continuité des services en soins palliatifs dans une chambre individuelle et calme.
- Moderniser les processus de travail dans les modalités informatisées dans tous les centres.
- Continuer le déploiement du programme OPUS-AP dans l'ensemble des centres d'hébergement.
- Offrir des formations diversifiées notamment pour les nouveaux membres du personnel.

## Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 3 – Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)</b>	
3.1.21 Les usagers et les proches aidants reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
3.1.22 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux proches aidants au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
<p>3.1.28 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.</p> <p>3.1.28.1 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.</p> <p>3.1.28.2 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.</p> <p>3.1.28.3 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.</p> <p>3.1.28.4 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.</p>	POR
<p>3.1.29 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>3.1.29.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>3.1.29.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p> <p>3.1.29.3 Les besoins de sécurité immédiats de l'utilisateur chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.</p>	POR

3.1.29.4	Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.	
3.1.29.5	La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.	
3.1.30	Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.	
3.1.30.1	Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les blessures causées par les chutes.	
3.1.30.2	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.	
3.1.30.3	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.	
3.1.56	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	
3.1.56.5	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).	
3.2.6	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.	
3.2.11	Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	

- 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.



#### Commentaires des visiteurs

### Chapitre 3 – Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)

Deux unités de courte durée gériatrique (UCDG) ont été évaluées par les visiteurs sur deux sites : l'Hôtel-Dieu de Lévis, composée de vingt lits sur l'unité et l'Hôpital de Saint-Georges composée de dix lits. Les taux d'occupation sont généralement à 100 %, mais peuvent varier à certaines périodes. Les deux sites centrent leurs interventions sur leur mission d'évaluation spécialisée favorisant un retour de l'utilisateur dans son milieu de vie ou une réorientation dans les différents milieux, appropriée à ses besoins.

Des équipes interdisciplinaires d'une grande expertise ont été rencontrées; pour ces équipes, l'utilisateur et ses proches sont au cœur de toutes les interventions. La grande collaboration et la complémentarité des équipes assurent une prise en charge optimale des clientèles permettant de se centrer sur les besoins des usagers et des proches aidants. La connaissance des particularités et spécificités de la clientèle gériatrique assure un suivi et des interventions adaptées. Les équipes médicales sont formées de médecins omnipraticiens spécialisés en gériatrie et de gériatres regroupés principalement à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Une couverture est assurée à l'Hôpital de Saint-Georges par ceux-ci. Des rencontres interdisciplinaires permettant l'élaboration des plans d'intervention individuels sont effectuées chaque semaine et lors de l'admission d'un usager.

Dans les deux établissements, un tiers des lits sont occupés par des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA), compromettant l'accessibilité des lits à la clientèle visée par les unités de courte durée et la fluidité de la trajectoire de soins.

Pour les UCDG, certaines pratiques organisationnelles requises (POR) sont conformes. Néanmoins, d'autres POR ne sont pas conformes en totalité et méritent une attention particulière.

Unité de courte durée de l'Hôpital de Saint-Georges :

Les lieux physiques sont appropriés pour la clientèle. Le corridor est dégagé et permet la circulation des usagers. L'accès sur l'unité est sécurisé, minimisant le risque de fugue. Un bain et une douche sont disponibles, de même qu'une salle à manger pour les usagers. Un local de réadaptation est situé sur l'unité de même que certains dispositifs pour la marche. Peu d'activités sont disponibles pour occuper les usagers actuellement. Le poste de garde est situé au centre de l'unité et est ouvert, représentant parfois un enjeu pour la confidentialité.



L'unité de courte durée de l'Hôpital de Saint-Georges a été fermée pendant deux ans et demi durant la pandémie, occasionnant la perte de l'expertise et le départ de nombreux employés qui ne l'ont pas réintégrée. Depuis novembre 2022, l'unité est de nouveau accessible aux clientèles gériatriques et une consolidation de l'équipe est en cours. La gestion des admissions sur l'unité est effectuée par les équipes médicales et l'assistante infirmière-chef (AIC) assure le suivi pour les modalités d'admission. L'infirmière de liaison gériatrique effectue un repérage des clientèles pouvant bénéficier des services de l'équipe sur les unités de soins.

Une révision du cadre de référence actuel est en cours et un programme de soins sera élaboré sous peu. Des critères sont actuellement utilisés pour l'admission des clientèles sur l'unité. Ils feront l'objet d'une révision sous peu. Il est suggéré à l'établissement de faire connaître les critères aux équipes concernées afin de permettre une meilleure connaissance de l'offre de services.

Une priorité pour l'accessibilité sur l'unité est accordée aux usagers hospitalisés. Il est suggéré à l'établissement de revoir la priorisation des clientèles en utilisant des critères basés sur des données cliniques, permettant ainsi d'assurer l'accessibilité à la clientèle ciblée, peu importe où elle se trouve.

Actuellement, il n'y a pas de station visuelle sur l'unité. Le suivi de certains indicateurs et des audits est effectué. Il est suggéré à l'établissement de mettre en place, sur l'unité de soins, une station visuelle permettant une connaissance et un suivi des différents indicateurs et audits réalisés.



Unité de courte durée de l'Hôtel-Dieu de Lévis :

L'environnement physique de l'unité est exigü et le corridor encombré de civières, de stations d'habillage et de déshabillage à chaque chambre. Il n'y a pas de bain ni de douche. Aucune salle familiale ni de local pour les activités permettant de stimuler les usagers, n'est disponible.

L'équipe interdisciplinaire dispose des services d'un pharmacien trois à cinq demi-journées par semaine. Les professionnels sont disponibles cinq jours sur sept et une personne est de garde la fin de semaine afin de répondre aux besoins des clientèles.

Des projets d'amélioration et des indicateurs suivis par l'équipe sont en place. Un projet pilote, permettant de diminuer le temps passé à tenter de rejoindre l'infirmière du service des urgences pour obtenir le rapport verbal et diminuer le délai d'admission, est actuellement en évaluation. Lors de la visite, le chariot destiné à l'administration des médicaments n'était pas verrouillé et laissé dans le corridor sans surveillance. Des produits dangereux étaient présents dans le local réservé au matériel souillé, lequel n'était pas verrouillé. Il est suggéré à l'établissement de revoir ces pratiques.

## Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 4 – Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)</b>	
4.1.20 Les usagers et les proches aidants ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche.	
<p>4.1.35 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.</p> <p>4.1.35.1 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.</p> <p>4.1.35.2 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.</p> <p>4.1.35.3 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.</p> <p>4.1.35.4 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.</p> <p>4.1.35.5 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.</p>	
<p>4.1.36 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>4.1.36.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p>	

4.1.36.2	Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	
4.1.44	Un plan d'intervention individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et les proches aidants, et il est consigné.	!
4.1.46	Le plan d'intervention individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.	
4.1.49	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
4.1.49.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
4.1.50	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 proches aidants.	
4.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	POR
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.	
4.2.6	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.	!

#### Commentaires des visiteurs





#### Chapitre 4 – Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)

L'expertise des équipes interdisciplinaires rencontrées est notable. Les équipes sont centrées sur les besoins de l'utilisateur et des proches aidants et le souci de bien desservir la clientèle. Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun. Un mécanisme de priorisation des clientèles en attente et une réévaluation des besoins sont en place.



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'établissement, en partenariat avec l'utilisateur et les proches aidants. Les usagers et les proches aidants sont informés du membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leurs services et de la façon de joindre cette personne. La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse. La capacité de chaque usager de participer à ses soins est déterminée en partenariat avec l'utilisateur et les proches aidants.

L'équipe est encouragée à revoir l'offre de services gériatriques spécialisés ambulatoires et à poursuivre la restructuration en cours concernant l'harmonisation et la programmation des activités entre les régions. Il est recommandé à l'équipe de mettre en place un plan d'intervention individualisé élaboré en partenariat avec l'utilisateur et les proches aidants. Il est également suggéré à l'équipe d'utiliser un système d'information pour la gestion des activités des services.

## Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 5 – Soutien à domicile (usagers inscrits)</b>	
<p>5.1.9 Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.</p> <p>5.1.9.1 Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début des services.</p> <p>5.1.9.2 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque de l'usager et des mesures d'urgence.</p> <p>5.1.9.3 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.</p> <p>5.1.9.4 L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les services de santé de l'usager.</p> <p>5.1.9.5 Les usagers et les familles reçoivent de l'information au sujet des problèmes de sécurité à domicile cernés dans l'évaluation.</p>	
<p>5.1.10 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>5.1.10.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>5.1.10.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p> <p>5.1.10.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.</p>	
<p>5.1.21 Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.</p>	
<p>5.1.25 Les usagers et les proches aidants reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.</p>	

5.1.26	L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux proches aidants au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
5.1.33	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.	POR
5.1.33.8	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.	
5.1.37	Un plan d'intervention individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et les proches aidants, et il est consigné.	!
5.1.46	Des politiques et procédures sont en place sur la manipulation sécuritaire de l'argent et des biens de l'utilisateur, s'il y a lieu.	
5.1.49	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
5.1.49.1	L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.	
5.1.49.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
5.1.49.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	

5.1.49.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
5.1.50	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 proches aidants.	
5.2.1	<p>La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
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.	

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.

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



### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 5 – Soutien à domicile (usagers inscrits)

Les services du programme de soutien à domicile (SAD) des centres suivants ont été visités : Lévis, Denis-Marcotte, Montmagny, Saint-Prospier, Sainte-Marie et Laurier-Station. Les centres de jour du SAD de Saint-Romuald, Lac-Etchemin et le CLSC de Thetford Mines.

Sur tous les sites visités, la passion du personnel pour son travail était évidente. Les médecins, les usagers et les familles rencontrés ont fait l'éloge de l'expertise, de la réactivité et de l'engagement du personnel à fournir des soins de qualité. Les partenaires communautaires rapportent qu'il y a une excellente collaboration avec le personnel et la direction du SAD. Les partenaires communautaires ont indiqué que le programme SAD est prompt à résoudre les problèmes qui peuvent survenir. Ils apprécient les réunions trimestrielles avec les dirigeants pour discuter des succès, des défis et des prochaines directives du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui ont un impact sur les deux parties, afin qu'elles puissent se préparer pour pouvoir y répondre efficacement.

Les services offerts par le programme de soutien à domicile (SAD) s'adressent aux personnes ayant une perte d'autonomie et un besoin de soins ponctuels de santé physique et à ceux nécessitant des soins palliatifs et de fin de vie. Les usagers se voient attribuer un intervenant pivot. Ils ont accès à une infirmière et à un médecin sur appel 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. La pénurie de personnel dans de nombreuses professions est un défi.

La direction travaille avec diligence pour recruter et retenir le personnel ainsi que pour explorer les moyens de redéfinir le travail et d'introduire de nouveaux titres d'emploi. Malgré les problèmes de main-d'œuvre, les équipes sont félicitées pour leur capacité à maintenir à domicile des usagers dont les limitations fonctionnelles sont plus importantes que par le passé. Les temps d'attente pour les cas non urgents (P3) sont cependant longs. Les équipes cherchent à répondre aux besoins de cette clientèle.

Il faudrait envisager de trouver des moyens de réduire le temps consacré à rédaction des dossiers en introduisant des formulaires de documentation standardisés ainsi que des technologies permettant une documentation rapide afin de réaffecter le temps aux soins directs aux patients.



Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP), une entité qui reçoit les plaintes des usagers, rapporte avoir entendu des usagers dire qu'il est difficile de joindre certains professionnels, que les appels ne sont pas retournés et que le personnel change fréquemment. Il s'agit probablement d'un symptôme de la pénurie de personnel et l'établissement est incité à traiter ces plaintes.

L'équipe interdisciplinaire se réunit régulièrement pour discuter des cas d'usagers. Ces rencontres permettent de revoir les pratiques, de soutenir le nouveau personnel et de veiller à ce que les soins répondent aux besoins des usagers. Ce forum est l'occasion idéale d'étudier la faisabilité de l'introduction de plans de soins interdisciplinaires pour ceux-ci. Actuellement, les plans de soins sont spécifiques à chaque discipline.

À l'heure actuelle, les dossiers des usagers sont hybrides, c'est-à-dire qu'ils sont sur papier ou électroniques, selon le site. Il existe peu d'interfaces entre les systèmes électroniques. Les cliniciens doivent accéder à de nombreuses sources de données pour obtenir des informations sur l'usager. L'établissement cherche à passer à un dossier électronique, ce qui est bien accueilli par tous.

Le personnel déclare que le climat de travail est positif, qu'il se sent soutenu par les gestionnaires et qu'il apprécie les efforts de reconnaissance de la direction.

Les équipes du SAD fournissant des services à domicile sont également encouragées à traiter les points suivants :

- S'assurer d'évaluer systématiquement les risques pour la sécurité des usagers dans leur environnement à domicile (un outil de dépistage à cet effet est en train d'être mis en place);
- Documenter le consentement de l'usager aux soins;
- Dépister le risque de suicide;
- Adopter des formulaires standardisés pour le transfert d'informations entre professionnels et évaluer leur efficacité;
- Évaluer l'efficacité du programme de soins de la peau et des plaies; et
- Effectuer des audits réguliers de l'hygiène des mains pour s'assurer que la conformité est maintenue.



Le personnel déclare avoir accès à des cours de formation, notamment pour assurer sa sécurité lorsqu'il se rend au domicile des usagers. Certains ont déclaré avoir récemment suivi un cours intitulé «Interventions thérapeutiques de conduites agressives». Il est suggéré que l'établissement examine et révise le programme de formation concernant la sécurité du personnel en veillant à ce qu'il soit harmonisé à travers les sites.




Les centres de jour ont fermé au début de la pandémie et ont rouvert au printemps 2022. Ils remettent en place le programme dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre. Le personnel des centres visités est passionné par son travail et cherche toujours des moyens innovants de faire participer les usagers. Leur engagement envers ceux-ci et leur travail est une source d'inspiration. Les usagers interrogés considèrent le centre de jour comme une seconde famille. Les structures et les processus varient d'un centre de jour à l'autre. L'établissement est encouragé à harmoniser les structures (par exemple, composition de l'équipe, la documentation, etc.) et les processus (par exemple, le transport des usagers étant donné le vaste territoire couvert) dans les différents centres de jour, ainsi qu'à rechercher des possibilités d'améliorer l'offre de services.

Il convient de féliciter la direction du programme SAD d'avoir récemment créé un nouveau poste, celui de conseiller cadre à la performance et à l'amélioration continue, qui contribuera à soutenir les initiatives d'amélioration de la qualité, y compris les « salles de pilotage ». L'inclusion de leur usager partenaire dans les projets d'amélioration de la qualité est recommandée.

---

## Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Chapitre 6 – Soins palliatifs et de fin de vie</b>	
6.1.19 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
6.1.25 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
6.1.33 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 6.1.33.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés. 6.1.33.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	
6.1.50 Le lieu où un service est offert favorise le bien-être de l'utilisateur et des proches aidants.	
6.1.56 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 6.1.56.1 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. 6.1.56.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. 6.1.56.5 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).	

<p>6.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>6.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.</p>	
<p>6.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.</p>	
<p>6.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.</p>	
<p>6.3.8 Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	

**Commentaires des visiteurs****Chapitre 6 – Soins palliatifs et de fin de vie**

Les équipes, de la Direction du continuum soutien à domicile et partenariat communautaire SAPA du CISSS de Chaudière-Appalaches, offrent des soins palliatifs et de fin de vie à domicile, dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans les maisons de soins palliatifs sur un territoire de plus de 15 000 km<sup>2</sup>.

Les soins et les services offerts pour chaque usager sont conçus en partenariat avec eux. Un souci particulier est apporté afin de réaliser les derniers souhaits de l'usager avant son décès. Un soutien est offert à l'usager et à ses proches jusqu'à la fin de la vie et à travers les étapes du deuil. Le mode collaboratif et en interdisciplinarité est omniprésent dans les services. Une forte cohésion entre les directions a été constatée et ce partenariat est mis au profit des usagers, afin qu'ils reçoivent des services continus et harmonisés à travers les transitions.

Les intervenants rencontrés ont manifesté leur vif intérêt à en savoir davantage sur les principes d'éthique. L'établissement est invité à offrir de la formation sur ce sujet. À son tour, le comité d'éthique de l'établissement est invité à faire la promotion de son rôle et à diffuser la façon d'avoir accès à cette expertise riche et pertinente pour la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie. Dans certains sites, l'établissement est invité à faire un rappel concernant l'importance du consentement général aux soins.

L'établissement est encouragé à poursuivre la formation et les travaux de déploiement concernant la prévention du risque suicidaire. L'établissement est invité à déterminer un mode d'évaluation du transfert d'informations aux points de transition des soins et services. Finalement, certains sites sont invités à évaluer le taux de conformité de l'hygiène des mains et à en informer les employés, les bénévoles ainsi que les usagers et leurs proches.

## Annexe A - Programme Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer ses services de façon régulière et constante. Le programme Qmentum d'Agrément Canada offre un processus adapté aux besoins et aux priorités des Établissements du réseau public du Québec.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les Établissements remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à des visites d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 30 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux Établissements dans leur portail. L'information contenue dans ce plan est utilisée conjointement avec le rapport d'agrément pour assurer l'élaboration de plans d'action détaillés.

Tout au long du cycle de cinq ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

### Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées.