



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport de visite

---

## **Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue**

Rouyn-Noranda, QC

**Séquence 5**

Dates de la visite d'agrément : 16 au 21 avril 2023

Date de production du rapport : 30 mai 2023

## Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (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 avril 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	4
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	13
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	17
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	20
Résultats pour les manuels d'évaluation	21
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services	21
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)	29
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	33
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)	35
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie	39
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	43

## Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (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 : 16 au 21 avril 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. AM-CHSLD Les Sources
2. AM-CLSC d'Amos et tous les points de services
3. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Macamic
4. CHSLD d'Amos (SAD)
5. LS-CHSLD de La Sarre
6. LS-CLSC de La Sarre
7. RN - Centre multiservices de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda
8. RN-CHSLD de Rouyn-Noranda
9. RN-CISSAT-siège social à Rouyn-Noranda
10. RN-Hôpital de Rouyn-Noranda
11. TK- Centre multiservices (CH-CLSC-CHSLD)
12. VD-Centre multiservices de Senneterre (CH-CLSC-CHSLD)
13. VD-CHSLD de Malartic
14. VD-CLSC de Val-d'Or
15. VD-Hôpital en santé mentale de Malartic
16. VM-Centre multiservices (Pavillon Sainte-Famille)
17. VM-CHSLD de Ville-Marie (Pavillon Duhamel)
18. VO-CHSLD de Val-d'or









- **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.)	125	34	7	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.)	160	12	12	184
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	20	1	0	21
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	106	22	8	136
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	1	0	2
<b>Total</b>	<b>455</b>	<b>71</b>	<b>27</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	31 (77,5%)	9 (22,5%)	0	39 (81,3%)	9 (18,8%)	0	70 (79,5%)	18 (20,5%)	0
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)	32 (84,2%)	6 (15,8%)	0	55 (96,5%)	2 (3,5%)	6	87 (91,6%)	8 (8,4%)	6
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	34 (94,4%)	2 (5,6%)	0	42 (95,5%)	2 (4,5%)	1	76 (95,0%)	4 (5,0%)	1
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	26 (100,0%)	0 (0,0%)	4	42 (95,5%)	2 (4,5%)	2	68 (97,1%)	2 (2,9%)	6



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)	30 (88,2%)	4 (11,8%)	1	32 (88,9%)	4 (11,1%)	6	62 (88,6%)	8 (11,4%)	7
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie	24 (85,7%)	4 (14,3%)	0	48 (96,0%)	2 (4,0%)	5	72 (92,3%)	6 (7,7%)	5
<b>Total</b>	<b>177 (87,6%)</b>	<b>25 (12,4%)</b>	<b>5</b>	<b>258 (92,5%)</b>	<b>21 (7,5%)</b>	<b>20</b>	<b>435 (90,4%)</b>	<b>46 (9,6%)</b>	<b>25</b>
<b>Total</b>	<b>177 (87,6%)</b>	<b>25 (12,4%)</b>	<b>5</b>	<b>258 (92,5%)</b>	<b>21 (7,5%)</b>	<b>20</b>	<b>435 (90,4%)</b>	<b>46 (9,6%)</b>	<b>25</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)	Conforme	7 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))	Non Conforme	1 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	2 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	2 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Non Conforme	2 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)	Non Conforme	0 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	4 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))	Conforme	5 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	4 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	4 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))	Non Conforme	1 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))	Non Conforme	2 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Non Conforme	1 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	1 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	4 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Non Conforme	3 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Non Conforme	4 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Non Conforme	3 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Non Conforme	3 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits))	Conforme	5 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	3 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 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Non Conforme	6 sur 8
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	6 sur 8
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Non Conforme	5 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	2 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	2 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.**

Ce rapport fait état des observations notées lors de la visite d'évaluation menée au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue, dans le cadre de la séquence 5 du programme d'agrément Qmentum adapté aux établissements de santé québécois. Cette cinquième séquence vise le programme-services de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).

Les services d'hébergement au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue comportent 1028 lits d'hébergement de longue durée, de réadaptation et de répit/dépannage. Près de 439 admissions en hébergement à long terme sont réparties dans 10 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et 11 ressources intermédiaires (RI) sur le vaste territoire du CISSS qui comporte cinq (5) réseaux locaux de services répartis sur un territoire de plus de 57 000 km<sup>2</sup>.

La direction du programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) comporte 8 équipes de soutien à domicile (SAD) pour 3000 usagers inscrits, avec un volume d'activité annuel de plus de 6 000 usagers en SAD et plus de 527 000 heures de services rendus en 2021-2022.

Le programme SAPA compte plus de 1000 employés et un total de 34 gestionnaires

La direction SAPA a amorcé un repositionnement stratégique en octobre 2021 afin de revoir l'ensemble des soins et des services offerts. Le leadership participatif est mis de l'avant au sein de la direction. Du soutien et des outils de gestion ont été transmis aux gestionnaires afin que ces derniers puissent faire face à la gestion du changement et aux diverses problématiques vécues sur le terrain.

L'équipe souhaite se doter d'une salle de pilotage stratégique et actuellement utilise un tableau Excel pour assurer le suivi des divers projets opérationnels mis en place.

L'équipe du programme SAPA fait montre d'un souci constant d'assurer des soins et services de qualité et sécuritaires aux usagers. Les visiteurs ont pu observer de multiples initiatives d'améliorations de la qualité sur le terrain au moment de la visite. Bien qu'un plan opérationnel soit en place, il serait souhaitable d'élaborer un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ). La réalisation d'activités d'amélioration de la qualité sur une base structurée et continue permettra de poursuivre la promotion d'une culture sécuritaire et de qualité.



De manière générale, les équipes déclarent les incidents et les accidents qui peuvent survenir durant leur quart de travail. La Direction de la qualité assure la compilation des résultats et les communique aux équipes. Les gestionnaires sont encouragés à maintenir les suivis auprès des équipes et, le cas échéant, à faire un plan d'action afin de réduire la progression de certains incidents. Plusieurs suivis sont faits au niveau des chutes afin d'en réduire la fréquence. Que ce soient des outils ou des réunions d'équipe en lien avec la réduction des incidents et les accidents, ils sont discutés et habituellement un plan d'action verbal est mis en place. L'équipe est invitée à consigner par écrit les suivis faits et à voir les améliorations réalisées qui ont une incidence sur la réduction des chutes à titre d'exemple.

Également, l'équipe de la qualité est invitée à être aussi précise que possible en distribuant des tableaux de bord personnalisés et à assurer le soutien aux gestionnaires pour la réalisation et le suivi des plans d'action qui en découlent.

La culture de la mesure est présente certes, il faut maintenant la propulser à un niveau plus élevé et la maintenir. Plusieurs audits sont réalisés dans les installations. L'audit sur l'hygiène des mains, sur la compréhension des équipes quant aux notions d'évaluation du risque suicidaire, etc. les équipes sont invitées à colliger l'information recueillie et à élaborer un plan d'action spécifique à l'installation. Il serait également pertinent d'y ajouter les cibles visées, ce qui permettrait une meilleure évaluation de la progression des indicateurs vers la situation visée.

Plusieurs des pratiques organisationnelles requises (POR) ne sont pas atteintes, soit : l'évaluation du risque suicidaire, le bilan comparatif des médicaments (POR), les audits sur l'hygiène des mains, l'évaluation de l'information communiquée aux points de transition et le suivi des soins et plaies de pressions.

Dans quelques situations, la non-conformité d'un seul ou de quelques sous-critères empêche l'approbation de la POR. À titre d'exemple, au niveau du BCM, plusieurs visiteurs ont pu observer qu'il était réalisé dans certaines installations tandis que pour d'autres les équipes n'en connaissent pas le vocabulaire. Pour les audits sur l'hygiène des mains, compte tenu des faibles résultats obtenus par certaines équipes, il est admis que nous puissions retrouver un plan d'action afin d'améliorer les résultats, ce qui n'a pu être identifié au cours de la visite.

Les visiteurs ont vu des formulaires d'évaluation des plaies de pressions dans les dossiers consultés; des suivis sont réalisés, cependant l'efficacité de la prévention du programme des plaies de pression n'est pas évaluée afin d'apporter des améliorations. Les équipes sont encouragées à s'assurer que la dernière version de l'outil de mesure est utilisée avec les bonnes consignes.

Il conviendrait de prioriser et de mettre en place un programme d'entretien des installations qui sont en attente de réponse pour un programme fonctionnel et technique (PFT) afin de les rendre sécuritaires. Plusieurs installations ne sont pas accueillantes; elles sont dégradées et non entretenues; la clientèle et les familles s'en plaignent.

Dans un contexte de pénurie des effectifs, il est de bon aloi de s'assurer d'évaluer périodiquement la réponse des ressources humaines quant à la qualité des soins et services. Les ratios proposés par Philippe Voyer doivent être évalués périodiquement afin de s'assurer d'offrir une qualité de soins qui correspond à l'acuité et à la détérioration de la personne âgée.

Le dossier de l'utilisateur est à informatiser dans les plus brefs délais, à tout le moins révisé, afin de le rendre optimal et facile d'accès. Actuellement, il y a plusieurs dossiers parallèles pour un même usager, ce qui entraîne de la duplication et peut être source d'erreurs. De plus, il y aurait intérêt d'harmoniser la tenue de dossier dans les centres de soins prolongés, des classements différents ont été observés d'un site à un autre et, parfois même, d'une unité de vie à une autre. Dans un contexte de pénurie de ressources, il est primordial que le personnel puisse retrouver rapidement l'information. Bien qu'un projet d'informatisation du dossier clinique soit prévu, il serait pertinent de mettre en œuvre des mesures transitoires afin d'éviter la perte d'information, le dédoublement et les répétitions pour l'utilisateur.

Les équipes sont composées de plusieurs intervenants de différentes disciplines. Les médecins et les infirmières font des demandes de consultations auprès des autres professionnels selon les besoins des résidents. Pour certaines disciplines, il existe cependant des délais d'accès dont il faut se préoccuper.

De nombreux efforts sont réalisés pour désengorger le service des urgences et les secteurs de courte durée. Cependant, pour les usagers âgés inscrits, des écarts parfois importants sont constatés dans les délais de réponse aux besoins. La révision des processus au niveau des guichets d'accès permettra certainement d'identifier les écarts et de mettre en place des solutions afin que l'utilisateur soit vu rapidement et ne soit pas en attente de service sur une longue période.

Différents moyens sont utilisés par les équipes lors du transfert de l'information aux points de transition. Cependant, aucune évaluation de l'efficacité des communications n'est effectuée. Il est suggéré à l'établissement d'évaluer ce processus afin d'en optimiser l'efficacité dans une perspective d'amélioration de la qualité.

Le niveau de standardisation des outils et des approches à travers les différents sites demeure un défi et a des impacts non négligeables sur la qualité et la sécurité des soins, le partage de l'information et la mise en place du plan d'intervention. Il existe des outils et documents importants qui pourraient faire l'objet d'uniformisation et être rapidement exportés à l'ensemble des sites.

L'interdisciplinarité est présente et plusieurs mécanismes de communication sont en place pour faciliter l'échange d'information. Ces mécanismes compensent en partie les enjeux de continuité informationnelle découlant de l'absence d'un dossier clinique harmonisé.

Des plans d'interventions interdisciplinaires sont réalisés pour tous les résidents en centre de soins de longue durée. Les rencontres d'élaboration et de révisions du plan sont réalisées en présence de plusieurs professionnels (médecin, infirmière, travailleur social, préposé aux bénéficiaires, pharmacien, etc.) et l'utilisateur ou son représentant. Cette implication des résidents et de leurs familles assure une plus grande participation et une meilleure compréhension des objectifs et des résultats visés par le plan d'intervention.

L'implication de certains résidents et proches a permis de bien centrer les besoins de ceux-ci. Leurs participations à divers comités ou rencontres ont guidé les gestionnaires dans la prise de décision concernant certaines problématiques rencontrées.

La collaboration avec divers comités des usagers est porteuse et démontre d'une volonté de travailler ensemble. L'établissement est encouragé à évoluer vers l'intégration de l'utilisateur partenaire dans les différents comités pour apporter une autre perspective en considérant l'offre de service et l'accessibilité permettant d'avoir une approche de responsabilité populationnelle plus globale.

## 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 : 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 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 sur les médicaments 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) 2.1.36</li> <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> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) 5.1.32</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie 6.1.32</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 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.2.1</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.2.1</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 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.1.37</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.1.30</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie 6.1.34</li> </ul>
<p><b>Prévention des plaies de pression</b> 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 oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.1.39</li> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.1.31</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 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>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<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>
<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> <li>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie 6.1.35</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>	
1.1.4 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.	
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.	!
1.2.8 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
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.	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
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.	!
1.5.7 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.	!
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.	
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.	



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.	!
1.5.20	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
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.	
1.7.1	Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.	!
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.	!
<b>Commentaires des visiteurs</b>		
<b>Chapitre 1 - Excellence des services</b>		

L'enthousiasme de l'équipe de gestion est contagieux. Ses membres sont dévoués et prêts à relever les défis organisationnels qui se présentent.

Les nombreux jeunes gestionnaires qui composent l'équipe se sentent soutenus et respectés. Des formations d'appoint sont d'ailleurs mises de l'avant afin de mieux équiper ces nouvelles recrues qui bien souvent ont peu d'expérience de gestion. Des formations sur la gestion de conflits ou d'équipes difficiles ont été offertes afin d'outiller les gestionnaires pour faire face à ce type de réalité.

La mise en place d'un plan intégré d'amélioration de la qualité au sein du programme SAPA fait l'unanimité et est reconnue comme étant un besoin à combler par l'équipe rencontrée. Plusieurs initiatives de qualité sont présentes, mais ne sont pas mesurées et regroupées. Il faut souligner également que plusieurs audits sont réalisés sur la connaissance des équipes des notions de prévention du suicide,

de la violence en milieu de travail, sur les droits et plaintes et sur la gestion des risques et la culture de déclaration des incidents et accidents. Cette mine d'or d'informations peut à juste titre constituer les jalons afin de définir des objectifs d'amélioration de la qualité.



Il est noté que plusieurs installations manquent d'entretien. La peinture décollée en larges bandes, la tapisserie décollée, les trous sur les murs et dans les portes laissent à penser que certains bâtiments ne sont plus entretenus parce qu'ils sont en attente de rénovation majeure. Il est constaté que, malgré la désuétude, les équipes sont chaleureuses et accueillantes et font parfois oublier ces espaces peu accueillants. Toutefois, il est à noter que la clientèle et les proches aidants s'en plaignent et sont souvent déçus de se retrouver dans ces environnements lorsque vient le moment de l'hébergement de longue durée. L'équipe est invitée à réfléchir à la meilleure manière de faire à tout le moins des entretiens minimaux afin que la clientèle soit hébergée dans des milieux sécuritaires. De la moisissure sur les murs ne peut pas être acceptée à long terme.

La pénurie de main-d'œuvre représente un véritable casse-tête pour les jeunes et moins jeunes gestionnaires. Les ratios de Philippe Voyer sont un guide; toutefois, il faut évaluer l'acuité de la clientèle et voir si des soins sécuritaires et de qualité sont offerts à la clientèle.




L'offre de services par les aides de services mérite l'attention et amène beaucoup d'inquiétude au sein des équipes.

---

## 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>	
2.1.21 Le consentement éclairé du résident est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
2.1.22 Lorsque le résident est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
2.1.31 La pertinence de l'utilisation d'antipsychotiques est évaluée et l'information est utilisée pour apporter des améliorations.	!
2.1.36 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les résidents, les familles ou les soignants pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1.36.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec le résident, la famille, les prestataires de soins ou le soignant (selon le cas), et consigné.</li> <li>2.1.36.2 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.</li> <li>2.1.36.3 Au moment de la réadmission après un séjour dans un autre milieu de soins (p. ex. en soins de courte durée) ou avant la réadmission, les ordonnances de médicaments rédigées au congé sont comparées à la liste des médicaments à jour; toutes les divergences entre les deux sont décelées, résolues et consignées.</li> </ul>	
2.1.37 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, une évaluation des risques est effectuée pour chaque résident et des interventions sont mises en oeuvre.	

<p>2.1.37.6 L'efficacité des activités de prévention des chutes et de réduction des blessures (p. ex. processus et outils d'évaluation des risques, protocoles et procédures, documentation, formation et information) est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	
<p>2.1.39 Le risque pour chaque résident de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre.</p> <p>2.1.39.2 Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque résident à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du résident.</p> <p>2.1.39.5 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.</p>	<p>POR</p> <p>POR</p>
<p>2.1.40 Les résidents sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>2.1.40.1 Les résidents à risque de suicide sont cernés.</p> <p>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.</p>	<p>POR</p>
<p>2.1.49 Une politique visant à réduire le plus possible le recours aux mesures de contrôle (contention, isolement, substances chimiques) est en place et est suivie par l'équipe.</p>	<p>!</p>
<p>2.1.61 Les résidents et les proches aidants bénéficient d'un milieu de vie qui répond à leurs besoins.</p>	
<p>2.1.76 L'information pertinente aux soins dispensés au résident est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>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).</p>	<p>POR</p>

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.	
2.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	
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.	
2.2.6	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.	
2.4.1	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.	
<b>Commentaires des visiteurs</b>		
<b>Chapitre 2 – Soins et services de longue durée (usagers admis)</b>		

Des équipes dynamiques, empreintes de sollicitude et d'humanisme et totalement dédiées aux soins des résidents ont été rencontrées. Une gestion de proximité est effectuée par les chefs, ce qui est apprécié des équipes.

La pénurie de la main-d'œuvre touche toutes les installations visitées. La majorité des équipes est composée en grande partie de main-d'œuvre indépendante. Cet état de fait touche plus particulièrement certaines installations et catégories de personnel (préposés aux bénéficiaires et infirmières, jusqu'à 75 % des effectifs). Malgré cet état de fait, il a été constaté que ces ressources sont stables dans les différents secteurs, ce qui permet une meilleure connaissance des clientèles et une bonne cohésion d'équipe.

Lors de la pandémie et afin de faire face à la pénurie de ressources, les installations ont introduit des aides de service afin de soutenir les équipes, notamment les préposés aux bénéficiaires (PAB). Ces ajouts sont bénéfiques pour les résidents, car ils contribuent à éviter le déconditionnement et à effectuer des activités de loisir. Les équipes ont été très créatives afin de mieux servir les résidents. Il convient de souligner l'initiative du CHSLD d'Amos pour l'ajout de deux chefs d'équipes PAB. L'optimisation de certaines tâches, notamment administratives, effectuées par du personnel clinique, pourrait permettre une meilleure gestion du temps.

Plusieurs commentaires concernant les ratios établis ont été émis par les équipes. La lourdeur et la complexité des clientèles ont grandement changé au cours des dernières années et les ratios actuels ne répondent plus aux besoins des résidents. La stabilité et le recrutement de la main-d'œuvre représentent des défis majeurs pour l'établissement.

Les gestionnaires sont également encouragés à reprendre ou poursuivre l'appréciation au rendement des employés.

Certains milieux de vie ne répondent pas aux besoins des résidents. Les infrastructures et les locaux dans certains milieux ne sont pas adaptés aux besoins des résidents (mobilier, salle commune, espace restreint pour les activités diverses, salle pour le bain inadéquate, douches servant de rangement). La cohabitation de locaux destinés au matériel propre et de cuisinettes de même que la présence de matériel propre dans un local destiné au matériel souillé représentent un enjeu pour la prévention des infections. Plusieurs sites comptent des chambres pour deux personnes, ce qui occasionne parfois des transferts pour les résidents en fin de vie. Il y a peu d'espace pour la circulation des résidents dans certains sites.

Des aménagements de terrasses, solarium et locaux pour les familles ont été effectués dans certains sites. Cependant, dans certains emplacements, la nécessité d'effectuer des travaux de rénovation a été notée (Centre multiservices de santé et de services sociaux de Macamic et CHSLD de Témiscaming-Kipawa).

Certains équipements comportent des risques pour les résidents. Il est noté que les fauteuils berçants dans l'ensemble du centre Pie XI sont en tissu ne permettant pas une désinfection adéquate et le mécanisme autobloquant est désuet. L'équipe est encouragée à les remplacer par des fauteuils permettant la désinfection tout en s'assurant de comprendre un mécanisme autobloquant afin d'éviter les risques de chute.

La majorité des installations ont fait de grands efforts pour prévenir et minimiser le recours aux mesures de contrôle (contentions). Plusieurs installations ont réussi à diminuer de façons importantes le recours à la contention. Lors des visites, il a été observé sur certaines unités des demi-portes permettant de réduire les intrusions dans certaines installations (CHSLD de Malartic, Rouyn-Noranda et Lasarre). Un changement de culture est à effectuer auprès des familles et des employés et l'équipe est encouragée à réviser cette pratique afin de réduire leur utilisation.

Le projet Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services — Antipsychotiques (OPUS) AP a débuté dans certaines installations afin de réduire l'utilisation d'antipsychotiques, avec la participation des équipes interdisciplinaires. Les divers sites sont encouragés à débiter ou poursuivre cette démarche.

Des délais importants ont été observés à Amos entre l'évaluation et la livraison (entre 8 à 9 mois) pour l'obtention d'un fauteuil roulant adapté aux besoins du résident. L'équipe est encouragée à trouver des solutions pour réduire ces délais.

Au CHSLD de Témiscaming, les lits de longue durée sont répartis sur deux étages. Deux lits sont situés sur l'unité de courte durée et la prise en charge est effectuée par le personnel de la longue durée. Les résidents sont transférés le jour en fauteuil roulant sur l'unité de soins prolongés pour les activités quotidiennes et retournent sur l'étage de courte durée par la suite. L'établissement est invité à revoir cette situation qui prive deux résidents d'un milieu de vie adéquat. La circulation pour se rendre dans une section administrative s'effectue sur l'unité de soins prolongés et l'ouverture des portes représente un risque de fugue pour les usagers. Il est suggéré à l'établissement de revoir cette situation.

Lors de la visite des unités (Pie XI), il a été constaté qu'il n'y avait pas de photo des résidents à l'entrée des chambres, limitant ainsi la double identification. Au CHSLD Ville-Marie, des plaques indiquant le numéro des chambres et le nom des résidents ont été faites par les services de maintenance et teintes lors d'une activité spéciale par les résidents. Des photographies des résidents ont été réalisées par une employée et l'arrière-plan de la photo représente le métier ou une passion du résident. Ces photos sont également utilisées dans les divers documents (dossier et profil pharmaceutique) pour la double identification. Elles ont été reproduites en carte de Noël et ont été envoyées aux familles. Il convient de féliciter cet employé pour cette belle réalisation.




Durant la pandémie, plusieurs locaux dans différents sites qui étaient destinés aux familles et aux résidents ont changé de vocation. Actuellement, ils sont encore utilisés comme lits de débordements ou de répit. Au CHSLD de Ville-Marie, deux lits de débordement sont aménagés dans un salon destiné aux résidents et à leurs familles. L'utilisation du salon n'est pas sécuritaire pour les résidents qui y sont admis (encombrement des lieux, absence de garde-robe, vestiaire mobile), car il comporte des risques de chute et de blessure pour le résident et l'usager. Il est suggéré à l'établissement de revoir cette situation et de redonner leur vocation aux locaux destinés aux résidents et à leurs familles.

Les comités de résidents sont actifs et participent aux différents travaux dans la majorité des installations. Les familles et les usagers rencontrés sont très satisfaits des soins et services dispensés. Selon eux, le personnel est dévoué et fait toute la différence dans les soins et services. Plusieurs POR ne sont pas conformes et méritent d'être améliorées; les équipes sont invitées à poursuivre leurs travaux en ce sens.

## 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>	
3.1.15 Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et aux proches aidants.	
3.1.17 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
3.1.18 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.	!
<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>	POR
<p>3.1.29 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</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
<p>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.</p> <p>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.</p>	POR



<p>3.1.31 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 oeuvre.</p> <p>3.1.31.5 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.</p>	
<p>3.1.56 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>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).</p>	
<p>3.1.57 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.</p>	
<p>3.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>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.</p>	

#### Commentaires des visiteurs

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

En ce qui concerne les centres de soins et services de courte durée, deux unités transitoires de réadaptation fonctionnelle (UTRF) ont été visitées.

L'unité d'Amos compte 14 lits; celle de Macamic compte 8 lits planifiés, mais ce nombre a été ajusté à 5, en raison des enjeux de ressources en ergothérapie.

Les lits de réadaptations sont insérés à l'intérieur de centres d'hébergement. Des enjeux de main-d'œuvre

sont présents, ce qui impacte parfois le nombre de lits pour ce service.

Les services sont offerts en temps opportun. Les usagers sont répartis sur l'ensemble du territoire, ce qui évite d'avoir trop d'attente.

Les membres de l'équipe travaillent et collaborent en multidisciplinarité. Des rencontres multidisciplinaires sont faites chaque semaine. Les usagers sont suivis et évalués tout au long de leur séjour. La progression est documentée sur un plan d'intervention.

La médication est ajustée selon les besoins. Il est recommandé d'instaurer le bilan comparatif des médicaments pour tous les usagers, ce qui n'est pas en place actuellement.

Les mesures de prévention des infections sont présentes. La formation sur l'hygiène des mains est suivie, la mesure de la conformité à la pratique de l'hygiène des mains est effectuée, mais il faudrait s'assurer de diffuser les résultats et de mettre en place des interventions afin d'améliorer la compliance.

Le dossier de l'usager est complété. L'évaluation est consignée. Il est recommandé de faire signer les consentements aux soins de façon systématique pour tous les usagers.

Les dossiers antérieurs ne suivent plus les usagers en réadaptation. Une demande doit être faite lorsqu'une copie d'un examen, ou autre, doit être consultée, ce qui peut occasionner des délais.

Le suivi des plaies de pression est effectué et documenté, tout comme le risque de chute. Il est cependant recommandé d'évaluer l'efficacité des activités de prévention pour ces deux pratiques organisationnelles requises.


Les équipes offrent une vigie en lien avec le risque suicidaire. Elles savent à qui s'adresser lorsque les risques sont identifiés. Toutefois, ce n'est pas appliqué pour tous les sites. Il semble que la prise en charge rapide est à améliorer.

Les usagers rencontrés sont satisfaits des soins et services obtenus. Le département est propre. Les chambres sont assez grandes avec une belle luminosité.

Les physiothérapeutes et ergothérapeutes offrent des services quotidiens, en semaine.

---

## 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>	
4.1.5 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 des proches aidants.	
4.1.6 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.	
<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>	

### Commentaires des visiteurs

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

Le service gériatrique spécialisé ambulatoire de Val-d'Or a été visité. Il offre un centre de jour, un centre de répit et, depuis peu, un hôpital de jour.

Le service est mené par une gestion dynamique et de proximité. L'hôpital de jour offre de multiples services et est coordonné par une infirmière auxiliaire d'expérience. La présence d'une gériatre est appréciée de l'équipe et des utilisateurs. Des rencontres multidisciplinaires ont lieu sur une base hebdomadaire.

Les lieux physiques sont propres, adéquats et adaptés aux besoins de la clientèle. On y retrouve une salle pour les évaluations en physiothérapie et ergothérapie et une cuisinette entre autres.

Malgré le fait que le bilan comparatif des médicaments (BCM) n'est pas implanté officiellement, la médication de la clientèle est observée et ajustée de façon minutieuse. Médecin et pharmacien y prennent une part active. Toutefois, ce sera un atout d'implanter le BCM pour ce service.






L'hygiène des mains est effectuée et les résultats sont diffusés. La formation relative à l'hygiène des mains est effectuée sur la plateforme d'accès à l'environnement numérique d'apprentissage (ENA).




Lors d'une visite à l'hôpital de jour, les usagers profitent de l'organisation de multiples services coordonnés afin d'éviter les déplacements.

Les usagers reçoivent une pochette complète dès la première visite. Cette pochette rappelle les différents services offerts et les coordonnées des ressources afin de satisfaire les besoins.

Des capsules d'informations sont offertes selon les besoins de l'utilisateur. Plusieurs enseignements adaptés aux besoins de l'utilisateur sont offerts. Des dépliants ou autres références soutiennent ce service en plein essor.

## 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>	
5.1.9 Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile. 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'utilisateur.	
5.1.10 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 5.1.10.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés. 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.	
5.1.20 La capacité de l'utilisateur à fournir un consentement éclairé est évaluée.	
5.1.21 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	
5.1.22 Lorsque le patient est inapte à donner un consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'un représentant légal.	
5.1.30 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.	
5.1.32 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers ou les clients et les familles pour un groupe cible d'utilisateurs quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments. 5.1.32.1 Les types d'utilisateurs qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée. 5.1.32.4 Quand les divergences sont résolues, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.	

<p>5.1.33</p> <p>5.1.33.6</p> <p>5.1.33.8</p>	<p>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> <p>Des documents normalisés sont mis en oeuvre 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).</p> <p>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.</p>	
<p>5.1.35</p>	<p>Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.</p>	
<p>5.1.49</p> <p>5.1.49.5</p>	<p>L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>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>	
<p>5.1.50</p>	<p>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.</p>	
<p>5.2.1</p> <p>5.2.1.2</p>	<p>La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>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>	

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.	
5.2.6	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.	!
5.3.14	L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.	!
<b>Commentaires des visiteurs</b>		
<b>Chapitre 5 – Soutien à domicile (usagers inscrits)</b>		

Les visiteurs ont rencontré des équipes motivées, bienveillantes, qui travaillent dans un esprit d'équipe et d'entraide et qui sont sensibles aux besoins des usagers et à la qualité de leurs interactions avec ces derniers. Une gestion de proximité est également sentie sur le terrain et est très appréciée. Les intervenants ont accès à de la formation prévue au Plan de développement des ressources humaines (PDRH), mais les besoins liés à des expertises plus spécifiques demeurent en partie non comblés. Une meilleure réponse aux besoins spécifiques pourrait contribuer à l'objectif de rétention du personnel.

Plusieurs initiatives méritent d'être soulignées et elles pourraient être déployées dans les différentes régions. Il convient de mentionner l'implication des auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) pour éviter le déconditionnement des usagers lorsque du temps se dégage de leur agenda, le projet de collaboration avec le Centre Amitié Autochtone, la remise d'une pochette d'accueil aux usagers lors de leur admission au programme.

L'interdisciplinarité est présente et plusieurs mécanismes de communication sont en place pour faciliter l'échange d'informations. Ces mécanismes compensent en partie les enjeux de continuité informationnelle découlant de l'absence d'un dossier clinique harmonisé, dispersant les informations cliniques concernant les usagers. Bien qu'un projet d'informatisation du dossier clinique soit prévu, il serait pertinent de mettre en œuvre des mesures transitoires afin d'éviter la perte d'informations, le dédoublement et la répétition pour l'utilisateur.

Les enjeux de ressources sont importants et variables d'une région à l'autre et d'un secteur à l'autre. Les délais d'attente des usagers varient d'une région à l'autre, allant d'une réponse rapide à une réponse qui pourrait dépasser un an. Bien que les usagers en attente bénéficient d'un contact de suivi régulier, l'établissement est invité à dresser un portrait le plus juste possible des écarts et d'en analyser les causes souches afin de mettre en place des solutions structurantes. Bien que les délais puissent être associés à la pénurie de personnel, l'établissement est encouragé à entreprendre ou à poursuivre les révisions des






processus dans les guichets d'accès tout en prenant exemple sur ceux ayant fait des avancées dans ce domaine. De plus, il pourrait être pertinent de définir les critères d'accès et de fin de service.

Il y a peu d'outils cliniques normalisés et beaucoup d'adaptations locales. L'établissement est invité à harmoniser les outils et à s'assurer qu'ils sont fondés sur les meilleures pratiques. De plus, l'établissement est encouragé à bonifier les ordonnances collectives afin de favoriser l'autonomie des infirmières.

Finalement, il convient de souligner les efforts pour maintenir à domicile les usagers ayant un besoin de soins élevé et éviter le recours au service des urgences. Un meilleur accès aux ressources communautaires de répit et d'hébergement pourrait soutenir les efforts. De plus, certains enjeux d'arrimage interprogrammes, entre autres avec la santé mentale, ont été soulevés et pourraient faire l'objet d'une analyse.

---

## 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.	!
6.1.23 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.	!
<p>6.1.32 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>6.1.32.1 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>6.1.32.2 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>6.1.32.3 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>6.1.32.4 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>	
<p>6.1.33 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>6.1.33.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>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.</p>	
6.1.34 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.	

6.1.34.3	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.	
6.1.35	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
6.1.35.6	Des documents normalisés sont mis en oeuvre 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).	
6.1.35.8	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.	
6.1.56	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
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).	
6.1.57	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.	
6.1.59	La famille et les proches aidants sont soutenus tout au long du processus avant et après le décès de l'utilisateur.	
6.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	POR

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.	
6.2.6	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.	!
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.	!

### Commentaires des visiteurs

#### Chapitre 6 – Soins palliatifs et de fin de vie

La trajectoire en soins palliatifs et de fin de vie est disponible sur l'ensemble du territoire de desserte du CISSSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Les collaborateurs et les médecins offrent des soins centrés sur les personnes où chacun a le droit d'accepter ou de décliner ce qui lui est proposé. Les usagers et les familles participent activement aux soins nécessaires, s'ils le désirent. Un des grands avantages des programmes d'hébergement et de soins à domicile est que la transition des soins prolongés aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie se fait généralement de façon naturelle et progressive et sans délai, d'autant plus que souvent l'utilisateur demeure dans le même milieu et obtient son suivi des mêmes professionnels. Sur ce point en particulier, l'établissement est invité à une réflexion, tenant compte du volet architectural de chaque site, sur le besoin d'avoir un environnement de quiétude et de sérénité pour permettre à la famille d'être avec leur proche dans un milieu digne de cette étape de la vie.

Dans toutes les situations observées, les visiteurs ont noté l'engagement, la bienveillance et la sollicitude des personnes donnant les soins et les services. Beaucoup d'efforts sont déployés pour rendre cette dernière étape de vie la plus respectueuse et la plus sereine possible. Des directives et critères permettent, dans la majorité des cas, d'identifier l'étape entre les soins de longue durée et les soins palliatifs avec une balise de trois mois pour ce qui est du passage d'un à l'autre. Des indicateurs seraient utiles pour surveiller cet aspect et permettraient une meilleure compréhension commune de ce continuum de service.

L'établissement est invité à revoir son programme de soins palliatifs et de fin de vie qui date de quelques années et, dans ce processus, s'assurer que des éléments de compétences, environnement physique, soutien aux familles avant et après le décès soient pris en compte. Sur ce dernier point, il serait souhaitable que l'établissement implante un suivi systématique des personnes endeuillées afin de les soutenir dans ce processus et de dépister les proches qui développeraient des problèmes personnels.

Malheureusement, il existe une iniquité entre les sites quant à la possibilité pour les résidents en fin de vie d'avoir accès à une chambre à un lit, adaptée pour recevoir les proches même pour la nuit. Dans les CHSLD où toutes les chambres ne sont pas privées ou de dimension réduite, il est nécessaire, malgré le défi que cela pose, de réserver une chambre à un lit de dimension adéquate et suffisamment calme pour assurer aux résidents en fin de vie le respect de leur dignité et se conformer aux exigences de la Loi sur les soins de fin de vie. Ainsi, l'effort déployé par toutes les équipes, tout au long de l'hébergement des résidents, pourrait trouver un achèvement cohérent à l'esprit de bienveillance qu'on y retrouve.

D'autre part, certaines divergences de philosophie et de compréhension sont notées quant aux définitions des soins de longue durée, des soins palliatifs et des soins de fin de vie entre les différents CHSLD. Il serait aussi souhaitable qu'une réflexion et des discussions aient lieu entre médecins pour s'assurer d'une compréhension et d'une approche communes en sachant qu'il s'agit toujours du cas par cas en tenant compte des particularités et du contexte de la situation. Cela est aussi présent pour les soins palliatifs à domicile. Il est suggéré de travailler sur des balises, en tenant compte des recommandations émanant des données probantes, pour permettre une optimisation et une meilleure pertinence des soins pour une clientèle qui va continuer à augmenter et pour qui les besoins seront grandissants.

L'aide médicale à mourir est disponible dans plusieurs milieux visités. Les équipes semblent dans l'ensemble à l'aise avec ce soin et reçoivent, de même que les usagers et leur famille, le soutien dont ils ont besoin.

Pour le volet des pratiques organisationnelles requises, il faut prendre en considération que l'établissement a entamé une démarche vers une culture de mesure et que cela prend du temps pour s'instaurer. Les visiteurs encouragent l'évaluation de l'efficacité des mesures prises dans certaines pratiques (prévention des chutes, prévention des plaies, information aux points de transition). Particulièrement pour la prévention des plaies, l'établissement est invité à s'assurer que le bon outil standardisé avec les consignes harmonisées est utilisé pour faciliter l'applicabilité. Il reste du travail à faire pour l'implantation systémique de l'outil de prévention du suicide et surtout le repérage. Pour l'hygiène des mains, la formation est faite, cependant les audits, la divulgation des résultats et les actions prises ont besoin d'un suivi plus rigoureux.

Finalement, les visiteurs voudraient encourager l'évaluation de l'expérience vécue par le résident et sa famille dans la trajectoire de soins palliatifs et fin de vie. Il est important d'avoir des commentaires sur chacune des étapes de ce continuum, car, contrairement au simple sondage, l'expérience du résident et de la famille donne des pistes d'amélioration touchant le processus vécu par eux. De plus, il est souhaitable d'avoir des membres de la famille dans des comités de travaux touchant la trajectoire de la personne qui est en soins palliatifs ou de fin de vie. Cela apporte une valeur ajoutée aux discussions.

## 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.