



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Baie-Comeau,

Séquence 5

Dates de la visite d'agrément : 7 au 12 mai 2023

Date de production du rapport : 22 juin 2023

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (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 mai 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

Sommaire	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	12
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	17
Résultats détaillés de la visite	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)	25
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	30
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
Annexe A - Programme Qmentum	45

Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (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 : 7 au 12 mai 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 multiservices de santé et de services sociaux Fermont
2. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Forestville
3. Centre multiservices de santé et de services sociaux de la Basse-Côte-Nord
4. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Port-Cartier
5. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Sept-Îles
6. Centre multiservices de santé et de services sociaux des Escoumins
7. CHSLD Boisvert
8. CHSLD de Havre-Saint-Pierre
9. CHSLD de Sept-Îles
10. CHSLD des Bergeronnes
11. CHSLD et centre de réadaptation en dépendance N.-A. Labrie
12. CISSS de la Côte-Nord (SAPA)
13. CLSC Corinne-Vallée-Therrien

14. CLSC de Franquelin
15. CLSC de Rivière-au-Tonnerre
16. CLSC et CHSLD D.-G. Hodd
17. CLSC Lionel-Charest
18. CLSC Marie-Leblanc-Côté
19. Hôpital de Sept-Îles
20. Hôpital Le Royer









- **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.)	26	1	0	27
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	109	32	1	142
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	7	2	0	9
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	127	13	12	152
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	15	1	0	16
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	101	12	7	120
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	0	1
Total	388	61	20	469

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
Soutien à l'autonomie des personnes âgées									
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services	31 (77,5%)	9 (22,5%)	0	44 (91,7%)	4 (8,3%)	0	75 (85,2%)	13 (14,8%)	0
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)	33 (86,8%)	5 (13,2%)	0	54 (94,7%)	3 (5,3%)	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)	32 (91,4%)	3 (8,6%)	1	35 (89,7%)	4 (10,3%)	6	67 (90,5%)	7 (9,5%)	7
Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)	30 (85,7%)	5 (14,3%)	0	39 (95,1%)	2 (4,9%)	1	69 (90,8%)	7 (9,2%)	1

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 6 - Soins palliatifs et de fin de vie	24 (85,7%)	4 (14,3%)	0	47 (95,9%)	2 (4,1%)	6	71 (92,2%)	6 (7,8%)	6
Total	150 (85,2%)	26 (14,8%)	1	219 (93,6%)	15 (6,4%)	19	369 (90,0%)	41 (10,0%)	20
Total	150 (85,2%)	26 (14,8%)	1	219 (93,6%)	15 (6,4%)	19	369 (90,0%)	41 (10,0%)	20

* 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
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
But en matière de sécurité des patients : Communication		
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	2 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 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Non Conforme	0 sur 4
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	1 sur 4
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis))	Non Conforme	0 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	2 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	2 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	0 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
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
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
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis))	Non Conforme	0 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	1 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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
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 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
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
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	3 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Non Conforme	4 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))	Non Conforme	4 sur 5
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits))	Conforme	8 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))	Conforme	3 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.

La visite d'agrément effectuée du 7 au 12 mai 2023 au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord concerne les séquences 4 et 5, du premier cycle de 5 ans, du programme d'agrément Qmentum adapté aux établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

La séquence 4 vise les activités du programme-services Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique (DI-TSA-DP) et la séquence 5, le programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Le présent rapport contient les observations pour la séquence 5, SAPA.

Le CISSS de la Côte-Nord, le plus grand au Québec, dessert un territoire s'étendant de Tadoussac à Blanc-Sablon (soit près de 1300 km de littoral) en passant par l'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville. La Côte-Nord compte environ 90 000 habitants répartis dans six municipalités régionales de comté. À elles seules, les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent la moitié de la population. L'autre moitié est répartie dans une quarantaine de municipalités dont certaines ne sont pas reliées par la route. La Côte-Nord compte neuf communautés autochtones. Plus de 4 000 employés et près de 200 médecins de famille ou spécialistes donnent des soins et services dans plus de 54 installations pour répondre aux besoins populationnels. Néanmoins, il y a lieu de souligner la présence importante de la main-d'œuvre indépendante (MOI) au quotidien.

Un budget de 465 millions \$ est alloué à l'établissement. La population est majoritairement francophone, sauf en Basse-Côte-Nord où plus de 60 % des résidents déclarent l'anglais comme langue maternelle. Les autochtones constituent environ 16 % de la population régionale.

La mission du CISSS de la Côte-Nord est fondée sur la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La vision est définie ainsi « Au Nord de tout ce que l'on peut devenir » qui se caractérise par le plein développement du potentiel humain dans un contexte de diversité culturelle et de territoire immense. Les valeurs organisationnelles sont la transparence, le respect, la reconnaissance, la collaboration et la cohésion.

Le CISSS de la Côte-Nord compte 400 lits d'hébergement de longue durée (HLD) répartis dans 11 établissements du territoire pour la clientèle âgée. Selon les données populationnelles actuelles, la population d'âinés devrait atteindre près de 30 % en 2031. Des liens sont établis avec les ressources intermédiaires (RI) et les résidences pour personnes âgées (RPA) afin de les soutenir et favoriser le maintien des usagers dans leur milieu.

L'excellence des services de la direction SAPA est guidée par un « humanisme en cohérence avec les valeurs organisationnelles ». Sa mission est de soutenir les aînés et leurs proches aidants et de répondre à leurs besoins à domicile ou en milieu d'hébergement.

L'implication des usagers et des proches aidants au sein du programme se décline à plusieurs niveaux dans les plans d'amélioration ou d'implantation de la qualité et de la sécurité des services.

Plusieurs stratégies sont en place pour lutter contre la maltraitance. Ceci se traduit, entre autres, par une formation obligatoire pour tous, la mise en place de deux intervenants pivots par réseau local de services pour le soutien à domicile (SAD) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

La gestion de proximité est en place en intégrant de nouveaux gestionnaires afin de soutenir les équipes de soins au quotidien, dans leur milieu respectif de travail. Deux conseillères cadres sont présentes pour l'implantation de la nouvelle politique d'hébergement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

La culture de déclaration des incidents-accidents est bien implantée au sein de la direction SAPA. Lors d'événements indésirables, un mécanisme est établi pour utiliser les résultats afin de s'améliorer ou se réajuster, le cas échéant, dans une optique d'amélioration continue de la qualité. Les événements sentinelles font l'objet d'un suivi étroit auprès de l'ensemble des directions concernées. Un règlement sur la divulgation des événements indésirables est disponible.

L'équipe s'assure de dispenser des soins de qualité basés sur les meilleures pratiques. Des activités de formation sont proposées aux intervenants sur la plateforme d'environnement numérique d'apprentissage (ENA) ou en présentiel, selon les besoins de formation exprimés ou obligatoires. Des registres de formation sont disponibles pour consultation. Des collaborations à des activités de recherche sont présentes particulièrement pour la clientèle de la déficience physique. Plusieurs formations sont données au personnel de la MOI avant leur intégration dans le milieu.

Parmi les défis soulevés de la direction SAPA, il faut noter le manque de lits en résidence pour personnes âgées (RPA) ou en résidences intermédiaires (RI) qui se traduit par un nombre élevé d'usagers en attente d'hébergement dans les lits hospitaliers. En conséquence, la philosophie du bon patient à la bonne place ne peut s'appliquer dans ce contexte.

Des plans d'amélioration continue de la qualité sont élaborés pour donner suite aux visites ministérielles et pour l'auto-évaluation en référence aux normes d'agrément. La politique sur l'hébergement du MSSS est en voie d'implantation dans les différents centres d'hébergement. Pour ce faire, deux conseillères cadres effectuent un premier constat afin d'élaborer des plans d'action. Il est suggéré à l'équipe de direction de tenter de regrouper certains éléments communs aux différents plans d'action afin d'aider les gestionnaires et les équipes à se retrouver, et ce, dans une optique d'amélioration continue. De plus, il est proposé de réviser les affichages d'information auprès du personnel et de développer le concept de stations visuelles contenant des indicateurs ciblés avec l'équipe. Des indicateurs sont identifiés et suivis. Dans le cadre de la visite d'agrément, un exercice d'auto-évaluation des différents critères a été fait par les équipes et des activités concernant les mesures d'urgence ont été réalisées en milieu d'hébergement. Des plans d'action sont élaborés.

Le guichet d'accès est le mécanisme d'accessibilité en place en hébergement. Les critères d'admission ne sont pas toujours documentés. Il est suggéré d'élaborer des critères d'admission pour l'ensemble des centres d'hébergement. Une révision est en cours pour une structure unique du guichet d'accès au mécanisme d'hébergement avec deux pôles, un à l'est et un à l'ouest.

Les équipes de travail sont dévouées et les soins sont centrés sur la personne, le résident ou l'utilisateur au SAD. Il existe une cohésion d'équipe et l'entraide entre les intervenants compte tenu de la présence de la main-d'œuvre indépendante (MOI). Certains secteurs ont de petites équipes qui sont fragilisées lors d'absences de courte ou de longue durée.

Une approche interdisciplinaire est en place dans les milieux pour répondre aux besoins et aux intérêts des résidents ou usagers. Les plans d'orientation, lors de l'embauche des préposés aux bénéficiaires, sont en rédaction. La présence du coach PAB facilite l'intégration des nouveaux arrivants au CHSLD de Sept-Îles et pourrait être partagée pour l'ensemble du CISSS de la Côte-Nord.

L'équipe vise des soins centrés sur les besoins de l'utilisateur et de ses proches. Le partenariat usager-intervenant est présent et la participation de la famille aux soins est privilégiée. Plusieurs actions sont prises pour obtenir la contribution de l'utilisateur. La présence de l'approche d'utilisateur partenaire est privilégiée, comme en fait foi la politique et procédure sur l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et services sociaux. D'ailleurs, cette approche a été mise en candidature pour un prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux avec le bureau de partenariat. L'implication d'utilisateurs partenaires dans des projets d'amélioration reliés au soutien à domicile est peu développée.

De plus, des questionnaires de satisfaction de la clientèle, la table de concertation des aînés de la Côte-Nord, la confection du plan clinique des maisons des aînés et maisons alternatives sont autant d'autres moyens pour s'assurer de répondre aux besoins populationnels. Il est suggéré à la direction de s'assurer en amont que la

cohabitation entre le réseau public et le réseau privé est fluide lors de l'ouverture de la maison des aînés à Havre-Saint-Pierre.

Les comités de résidents sont actifs et très présents dans la plupart des CHSLD. Toutefois, la pandémie a laissé plusieurs postes vacants. Le recrutement de futurs membres est laborieux et difficile malgré les efforts des gestionnaires et des membres du comité.

La direction SAPA entretient plusieurs liens de partenariat avec la communauté locale et régionale pour compléter et optimiser l'offre de services ou offrir du répit aux personnes proches aidantes. Des ententes de services avec plusieurs organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD), des COOP, des centres d'action bénévoles et des centres de jour sont réalisés présentement. Un travail de collaboration est établi entre les différentes directions pour optimiser les services offerts aux aînés et répondre à leurs besoins. Les partenaires consultés mentionnent que les liens de partenariat sont renforcés depuis la pandémie tout en exprimant le désir de réactiver les tables de concertation plus formelles.

Beaucoup de travail reste à faire pour rendre conforme l'ensemble des pratiques organisationnelles requises (POR). Les documents sont disponibles, mais beaucoup de POR non conformes se retrouvent sur le terrain. Les équipes sont encouragées à mettre en œuvre l'ensemble des POR et les faire vivre au quotidien dans les milieux de soins et services. Il est proposé également d'identifier un porteur de POR au sein de la direction SAPA.

Les services de soutien à domicile sont disponibles pour maintenir le plus longtemps possible les personnes en perte d'autonomie dans leur milieu naturel. Différents professionnels œuvrent auprès de cette clientèle. Un guichet d'accès évalue les demandes de services en soutien à domicile. Ces demandes sont évaluées en référence à des critères prédéterminés et acheminées aux professionnels concernés. Les soins infirmiers et l'aide à domicile sont répondus rapidement, mais l'accès à d'autres professionnels est confronté à certains délais d'attente. Des critères d'admissibilité permettent aux professionnels d'offrir le bon service au bon moment pour cette clientèle. L'équipe réussit à maintenir son offre de soutien à domicile malgré le manque de personnel, répondant ainsi à un besoin grandissant de la population de recevoir des soins dans leur milieu de vie. Certains titres d'emploi (par exemple, les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les nutritionnistes) ont des listes d'attente assez longues pour la dispensation des soins et services à la clientèle. La couverture médicale est partielle aux services de soutien à domicile et limite la réalisation optimale de cette mission et l'intensification des soins et services.

Dix milieux de soins et des services à domicile ont été visités en présentiel ou en mode Teams pour les secteurs les plus éloignés. Il faut noter la transparence des équipes et leur volonté à s'améliorer pour répondre aux besoins de leurs clientèles. Du personnel dévoué aux services de leurs résidents ou des usagers ont été rencontrés. La cohésion des équipes dans le respect de leurs champs de compétence est remarquable.

L'impact de la présence de la MOI sur le terrain ne se fait pas sentir en raison de la stabilité et de la continuité de ces travailleurs. Tous les résidents, proches ou comités des résidents sont satisfaits des soins et services reçus. Le grand défi de l'ensemble des milieux est de se conformer au respect des POR dans un contexte où la main-d'œuvre est limitée. La formation du personnel est également affectée, mais l'utilisation de la plateforme ENA facilite l'acquisition ou la mise à jour de nouvelles connaissances. Les formations en anglais sont limitées.

Les soins de fin de vie sont donnés dans les centres d'hébergement longue durée ou à domicile. Il n'y a pas d'unités de soins palliatifs réservées pour cette clientèle sur le territoire. Quelques maisons de soins palliatifs sont disponibles sur le territoire. Dans les secteurs de l'hébergement, les résidents font leur dernier cycle de vie dans leurs chambres respectives. Le personnel est bienveillant et prêt à répondre aux résidents ou à leurs proches avec de petites attentions. Il offre des aménagements physiques pour rendre cette étape de la vie la plus humaine et la plus personnalisée possible. Certains usagers décident de terminer leur vie à domicile. L'équipe du soutien à domicile les accompagne pour assurer leur confort durant ces derniers moments. L'aide médicale à mourir est offerte dans les centres d'hébergement longue durée et à domicile, répondant ainsi aux volontés de la personne. Il est proposé de s'assurer que la formation des intervenants pour l'aide médicale à mourir est optimale afin qu'on puisse répondre aux demandes des usagers ou des résidents et, surtout, qu'elles sont respectées.

Deux unités de courte durée gériatrique hospitalières se retrouvent sur le territoire. Les usagers se retrouvent dans une unité à double vocation, sans compter la présence d'usagers avec un niveau de soins alternatifs. La main-d'œuvre indépendante est omniprésente, mais des efforts sont faits pour assurer une continuité des soins. Plusieurs pratiques organisationnelles ne sont pas conformes en totalité ou en partie. Il est proposé de continuer les efforts de formation du personnel, malgré la mobilité importante afin de s'assurer d'offrir des soins sécuritaires.

Il convient de féliciter le personnel pour son engagement du personnel; par son implication, il permet d'offrir des soins humains à une clientèle vulnérable dans un contexte de pénurie de la main-d'œuvre.

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
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins 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"> · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.1.76 · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.1.56 · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) 5.1.49 · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie 6.1.56
<p>Identification des usagers En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.1.5
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins 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"> · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.1.36 · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.1.28 · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) 5.1.32 · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie 6.1.32

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.2.1 · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.2.1 · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) 5.2.1 · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie 6.2.1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes 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"> · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie 6.1.34
<p>Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.1.40 · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.1.29 · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) 5.1.10 · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie 6.1.33
<p>Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile 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"> · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) 5.1.9

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.	· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis) 3.1.32

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
Chapitre 1 - Excellence des services	
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.	
1.3.9 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie.	!
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.3.11 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
1.3.16 Des outils de communication normalisés sont utilisés pour partager l'information concernant les soins de l'usager 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.	
1.5.1 Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
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.	!

1.5.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, 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.	!
1.7.3	L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 - Excellence des services

L'équipe de gestion du programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) démontre une réelle volonté d'offrir des services de qualité et de répondre aux besoins de la population. Les membres de l'équipe sont mobilisés et engagés; ils composent avec les besoins de la clientèle en fonction de lieu de résidence de celle-ci sur tout le territoire. Le contexte géographique du territoire nécessite une adaptation de l'offre de services et l'équipe a à cœur de trouver des solutions. La gestion de proximité s'implante et des mécanismes de communication avec les équipes sont en place. L'équipe, du programme-services SAPA, est encouragée à poursuivre ses actions dans l'implantation de la gestion de proximité.

La connaissance de la clientèle est bien connue et la disponibilité de données permet au programme d'agir en amont en regard du vieillissement de la population et des besoins grandissants sur le vaste territoire. Les visiteurs soulignent l'effort considérable de maintenir des points de services et des dispensaires à proximité des populations éloignées. L'utilisation de la télésanté pourrait être une avenue d'optimisation afin de soutenir et harmoniser les pratiques cliniques des équipes qui œuvrent dans ces milieux et faciliter l'accès à certains services professionnels.

L'établissement tient compte de l'opinion des usagers et de leurs proches. Plusieurs sondages sont effectués auprès de ceux-ci, dans l'objectif d'améliorer la prestation de services. Il est recommandé que ces initiatives soient réalisées auprès de la clientèle du soutien à domicile également dans une vision globale de services.

Les questions d'éthique sont bien cernées par les équipes. Toutefois, la direction du programme est encouragée à renforcer l'offre de formation aux employés.

Il convient de souligner les efforts déployés pour le développement du partenariat. Le projet est d'ailleurs soumis pour le prix d'excellence en santé et services sociaux. La direction du programme est encouragée à mettre en place un processus afin d'impliquer davantage des usagers partenaires dans différents projets

reliés à l'organisation des services, particulièrement dans le secteur du soutien à domicile.

Le partenariat avec les acteurs de la communauté est initié et est bien présent. L'implication du programme à la table de concertation des aînés en est un bon exemple. Des actions de partenariat sont aussi réalisées avec les communautés autochtones du territoire dans un objectif de devenir un centre d'excellence culturelle en sécurisation culturelle.

Un guide de référence pour l'accueil des nouveaux employés soutient les équipes dans l'intégration de nouveaux employés. Il est noté que des efforts considérables sont déployés afin de soutenir l'intégration de la main-d'œuvre indépendante au sein des équipes.

Des formations sont disponibles et sont offertes au personnel. La direction du programme est encouragée à élaborer un plan de formation des ressources humaines afin d'assurer une continuité dans l'offre et ainsi assurer la disponibilité des formations selon un plan établi. L'organisation de l'intranet du programme est remarquable et grandement utilisée par les équipes de soins. L'information nécessaire à la prestation de travail est disponible et l'on s'y retrouve facilement.

L'élaboration d'un guide sur l'encadrement clinique et des standards de pratique en service social et en physiothérapie sont des outils qui soutiennent la pratique clinique. L'établissement est encouragé à poursuivre cette initiative pour l'ensemble des professionnels. Le défi demeure dans l'harmonisation des pratiques cliniques et des outils au sein du programme. Des actions sont à prévoir en ce sens. L'équipe de soutien clinique est accessible et répond au moment opportun afin de soutenir les pratiques cliniques des professionnels.

La continuité informationnelle clinique demeure un enjeu par la diversité des systèmes d'information cliniques qui ne sont pas reliés. Un plan de transformation numérique est en cours de réalisation à cet effet. Des audits de dossiers sont en cours de réalisation et le programme est encouragé à poursuivre cette démarche dans l'ensemble des secteurs.

Des actions concrètes sont observées en regard de la gestion des risques. Cependant, la direction du programme aurait avantage à mettre en place une structure formelle et établie impliquant les acteurs de l'ensemble des points de services et ainsi développer une culture de gestion de risques qui s'imprègne jusqu'aux équipes sur le terrain. Cette pratique permettrait certainement de faire une rétroaction à des intervalles réguliers auprès des équipes sur les différents événements survenus ou le suivi des indicateurs dans un objectif d'amélioration continue.

Il est noté que les équipes déclarent les événements indésirables et que l'équipe de gestion ne s'inscrit pas dans une culture de blâme, mais encourage la transparence pour le bien de l'utilisateur. La rétroaction aux équipes terrain à la suite de l'analyse des événements et des tendances est à parfaire.



Avec l'implantation de l'outil Power BI, l'établissement dispose d'un système performant de suivi des données. Les préalables sont en place pour poursuivre les actions dans le développement de la culture de gestion des risques et de l'amélioration continue. Le système de gestion de la performance interpelle peu les équipes sur le terrain, l'animation de stations visuelles pourrait aider à partager l'imputabilité.

La direction du programme est encouragée à adapter le plan d'action de l'amélioration continue à son contexte et à identifier des objectifs mesurables ainsi que les livrables qui s'y rattachent afin d'en faire un suivi soutenu, et de cette manière impliquer les équipes.

Les visiteurs ont observé la volonté de développer l'offre de services en soins palliatifs. Des services sont offerts en ce sens pour répondre aux besoins des usagers jusqu'à l'administration de l'aide médicale à mourir. Il est recommandé au programme de formaliser la formation en soins palliatifs 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
Chapitre 2 – Soins et services de longue durée (usagers admis)	
2.1.4 De la formation et du perfectionnement sont fournis à l'équipe sur les façons de prévenir et de gérer les comportements réactifs des résidents.	!
2.1.10 Des critères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les services avec les résidents.	
2.1.21 Le consentement éclairé du résident est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
2.1.24 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
2.1.31 La pertinence de l'utilisation d'antipsychotiques est évaluée et l'information est utilisée pour apporter des améliorations.	!
2.1.33 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des résidents et des proches aidants.	
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.	POR
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.	
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.	
2.1.40 Les résidents sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	POR
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.	
2.1.71	S'il y a lieu, un plan individualisé de soins palliatifs et de soins de fin de vie est mis au point pour chaque résident en partenariat avec le résident et les proches aidants.	
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.	
2.1.76.5	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).	
2.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	

- 2.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple : faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).
- 2.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
- 2.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

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



Commentaires des visiteurs

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

Dix centres d'hébergement accueillant un nombre varié de résidents ont été visités. Ceux-ci sont en perte d'autonomie importante et requièrent des services professionnels. Des professionnels se joignent aux équipes de soins composées de gestionnaires de proximité et de personnel de soins infirmiers. Le personnel est dévoué et centré sur les besoins des résidents et de leurs proches. Le travail interdisciplinaire est très présent.

Les pratiques organisationnelles requises (POR) méritent une attention spéciale. Tous les centres d'hébergement doivent effectuer un travail de consolidation ou de mise à niveau pour que ces pratiques sécuritaires soient conformes. Les plus fréquentes sont l'évaluation du risque suicidaire et le bilan comparatif des médicaments (BCM). L'équipe est encouragée à trouver une stratégie pour maximiser l'utilisation des ressources et partager le travail entre les différents gestionnaires cliniques pour rendre conformes les POR.

Les résidents et les proches rencontrés sont satisfaits des soins et services. Pour eux, le seul enjeu est l'instabilité des ressources humaines. Des ressources stables ont été rencontrées dans les différents

secteurs incluant la main-d'œuvre indépendante, permettant une meilleure connaissance des clientèles. Le personnel mentionne recevoir de la formation, dont les principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires (PDSB), la sécurisation culturelle, la maltraitance, etc. Ces formations sont disponibles sur la plateforme d'environnement numérique d'apprentissage (ENA), mais il est difficile d'en trouver en langue anglaise.

Les activités de loisirs sont disponibles dans les milieux qui favorisent un milieu de vie stimulant pour les résidents. La présence de bénévoles, d'éducateurs, d'intervenants en loisirs permet d'offrir une panoplie d'activités. La plupart des activités sont collectives et d'autres sont individuelles. L'implication des bénévoles dans certains secteurs est bienvenue et favorise des actions pour le bien-être des résidents.

Les comités des résidents sont impliqués dans les différents centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et jouissent d'une bonne écoute des gestionnaires locaux. Leur contribution débute dès l'admission. Un souci est apporté au rangement et à l'aménagement des locaux permettant d'assurer un environnement plus sécuritaire et comportant le moins de risque de chute possible. Les espaces physiques sont propres, malgré la vétusté de certains CHSLD et certains croisements d'articles souillés et d'articles propres.

Afin de répondre aux demandes grandissantes, certains centres ont augmenté leur nombre de lits. Une certaine adaptation est nécessaire. Malgré l'espoir d'une fin prochaine de la pandémie, les enjeux en prévention des infections sont omniprésents. Le personnel est bien formé, de même que les visiteurs et les bénévoles. Le personnel en place s'assure du respect des consignes. Il est important de maintenir ces acquis et de vigie surtout pour l'hygiène des mains.

Chaque CHSLD a une clientèle très locale avec ses propres particularités.

À Sept-Îles, l'équipe a mis en place des micro-milieus pour répondre aux besoins des résidents selon leur condition physique et cognitive, dont une unité prothétique sécuritaire. La présence d'un préposé aux bénéficiaires « coach » est une valeur ajoutée pour ce secteur. Il est suggéré de déployer ce titre d'emploi à d'autres secteurs du territoire.

À Baie-Comeau, l'ajout de lits destinés aux résidents en déficience intellectuelle au 3e étage a mobilisé les équipes qui se sont adaptées à la clientèle. La présence des photos des résidents, accrochées à tous les fauteuils roulants et les aides techniques, facilite l'identification de ceux-ci. Il est suggéré de réviser la distribution des médicaments en fréquence (BID) et de poursuivre l'implantation du programme OPUS-PEPS.

À Harrington Harbour, le centre est principalement anglophone. Des réunions du comité de milieu de vie sont effectuées et des points d'amélioration discutés. Il est dénoté l'absence de ressources cliniques de

référence en cas de besoins d'ordre clinique. Les résidents et les proches sont très satisfaits des soins et services.

À Bergeronnes, l'environnement est propre. Le comité des résidents est très impliqué dans la prise de décisions afin de répondre aux besoins des clientèles. Il est suggéré d'organiser les rencontres avec le personnel dans un espace respectant la confidentialité et de réviser certains documents de référence au niveau des chutes, des soins palliatifs et de fin de vie.

À Havre-Saint-Pierre, des initiatives sont porteuses. La « pêche aux nouvelles » avec les photos des résidents aux activités transmises aux familles et les présentations d'employés du CHSLD sont à souligner. Il y a peu de mesures de contrôle. Il est proposé de redémarrer le chantier sur les ordonnances collectives.

À Blanc-Sablon, les familles sont très impliquées dans les soins. La prévention des plaies et des chutes est bien structurée. L'ambiance de milieu de vie est très présente.

Aux Escoumins, le personnel est bienveillant et disponible pour la clientèle, le personnel « des anges ». Une consolidation des POR est à faire de même que la diffusion des résultats des audits au comité des résidents.



À Port-Cartier, on retrouve la même qualité de personnel axée sur les besoins de la clientèle. La formation sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) a été donnée au personnel. Des rencontres interdisciplinaires sont systématisées. Il est important cependant de diminuer le taux de main-d'œuvre indépendante.

À Forestville, les mêmes constats sont observés que dans les autres secteurs. Un beau travail d'équipe est en place. Une mise à jour de tous les plans d'intervention disciplinaire (PII) et des évaluations cliniques des résidents par l'assistante du supérieur immédiat (ASI) de la MOI depuis 2 mois est soulignée. Le soutien clinique et psychologique doit être maintenu pour les troubles graves de comportements.

Au CHSLD N.-A.-Labrie, l'environnement a besoin d'un peu d'amour, mais la satisfaction des résidents est observée. Un projet de comité de soins palliatifs et fin de vie et aide médicale à mourir avec une équipe interdisciplinaire et un usager est à poursuivre.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 – Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	
<p>3.1.5 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p> <p>3.1.5.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.</p>	
<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'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>3.1.28.4 L'usager, 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'usager devrait prendre après son congé.</p>	
<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>3.1.32 Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.</p> <p>3.1.32.5 De l'information est fournie aux usagers et aux membres de l'équipe sur les risques et la façon de prévenir la TEV.</p>	
<p>3.1.38 S'il y a lieu, le plan d'intervention individualisé prévoit des stratégies pour évaluer et gérer la douleur.</p>	

3.1.47	Un processus de surveillance du recours aux mesures de contrôle (contention, isolement, substances chimiques) est établi par l'équipe et cette information est utilisée pour apporter des améliorations.	
3.1.49	Les progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'utilisateur, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention individualisé.	
3.1.56	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	
3.1.56.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
3.1.56.3	Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.	
3.1.56.5	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).	
3.1.57	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.	
3.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	
3.2.1.2	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	
3.2.1.3	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.	

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

Commentaires des visiteurs

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

Au Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord, les usagers des unités de courte durée gériatrique (UCDG) sont admis dans des unités à vocations multiples. On retrouve des unités de sept lits à l'Hôpital de Sept-Îles et dix lits à l'Hôpital Le Royer à Baie-Comeau. Dans les deux sites, le personnel en soins infirmiers est composé majoritairement de la main-d'œuvre indépendante (MOI). Toutefois, un taux de roulement de la MOI est présent malgré une forme de stabilité dans les deux unités. L'établissement se heurte à des enjeux importants d'orientation de la MOI bien qu'un programme d'orientation écourtée soit disponible.

À l'Hôpital de Sept-Îles et à l'Hôpital Le Royer, le personnel oriente leurs interventions en fonction des soins centrés sur la personne avec bienveillance. Il existe une bonne communication entre les différents professionnels. À l'Hôpital de Sept-Îles, une rencontre de suivi quotidienne a lieu pour s'assurer du plan de traitement et de l'orientation de l'utilisateur au besoin. Une rencontre interdisciplinaire est tenue sur une base hebdomadaire, mais les objectifs de réadaptation sont difficiles à retrouver au dossier. À l'Hôpital Le Royer, une rencontre hebdomadaire, incluant les professionnels, est en place pour faire l'état d'avancement du progrès des usagers, mais il n'y a pas de documentation formelle. Les évaluations en l'ergothérapie sont réalisées avec délai et sont un obstacle à la planification des congés des usagers. Il est proposé aux deux unités UCDG de faire un plan interdisciplinaire pour orienter les actions communes.

Pour les deux unités UCDG, certaines pratiques organisationnelles requises (POR) sont conformes, telles que la prévention des chutes, les plaies de pression et la formation de l'hygiène des mains. Cependant, la plupart des autres POR méritent une attention particulière afin de les rendre conformes. Aucune évaluation du risque suicidaire n'est faite de façon préventive, le bilan comparatif des médicaments n'est pas complété uniformément et la double identification des usagers n'est pas faite de manière rigoureuse. Pour cette dernière pratique, considérant le nombre important du personnel provenant de la main-d'œuvre indépendante qui ne connaît pas la clientèle, des mesures structurantes telles que l'utilisation de

photos des usagers pourrait être bénéfique pour la clientèle présentant des troubles cognitifs.





Il est suggéré de faire des plans d'intervention interdisciplinaire pour rendre plus concrets les objectifs poursuivis pour l'utilisateur. Pour l'Hôpital de Sept-Îles, la tenue de dossier est à revoir. Il est difficile de retrouver les documents en ordre dans le dossier. L'arrivée prochaine d'une agente administrative aidera à mettre en place un système de classement organisé.




À l'Hôpital de Sept-Îles, l'équipe est à élaborer un document de travail sur la mission, la vision et la philosophie de l'UCDG. En plus de ces éléments, on y retrouve des critères d'admissibilité et d'exclusion. Il est proposé à l'équipe d'intégrer un usager partenaire dans les réflexions afin d'obtenir la voix de l'utilisateur dans la planification de l'offre de services et de travailler en partenariat avec l'UCDG de l'Hôpital Le Royer. Des plans d'amélioration continue de la qualité sont élaborés. Il est suggéré d'inclure des indicateurs de performance pour s'assurer du suivi du plan et d'apporter des corrections au besoin. Ces travaux profiteront aussi à uniformiser les pratiques des deux UCDG. En matière d'indicateurs, la durée moyenne de séjour des usagers mérite d'être examinée de manière structurée et documentée à l'Hôpital Le Royer.



À Sept-Îles, l'approche adaptée à la personne âgée est privilégiée sur l'unité de soins, mais le changement fréquent de personnel ne permet pas d'optimiser cette approche. La formation du personnel est un enjeu important en raison du roulement de personnel. L'équipe poursuit ses efforts au quotidien auprès du personnel pour favoriser le respect de cette approche. Quant à Baie-Comeau, un projet pilote «Programme Bouge» est mis en place pour stimuler la mobilisation des usagers. Ce programme fort prometteur présente trois niveaux d'activités : l'installation au fauteuil 3 fois par jour, la stimulation assise/debout en répétition et la stimulation de la marche. Un cartable pour les usagers permet de documenter les activités. De plus, l'implication des personnes proches aidantes est fortement encouragée par l'assistante du supérieur immédiat (ASI) par la tenue d'un registre disponible au poste infirmier.

Il est suggéré à l'équipe d'entamer une réflexion sur le regroupement physique des lits des UCDG dans un secteur défini de l'unité pour offrir des services adaptés à cette clientèle ou mieux partager les missions de l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) de celles de l'UCDG.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 – Soutien à domicile (usagers inscrits)	
<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>5.1.10.2 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>5.1.19 Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et aux proches aidants.</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.	
5.1.32	<p>Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers ou les clients et les familles pour un groupe cible d'usagers quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.</p> <p>5.1.32.1 Les types d'usagers qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée.</p> <p>5.1.32.2 Au début des services, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et consigné au dossier.</p> <p>5.1.32.3 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.</p> <p>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>	
5.1.49	<p>L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>5.1.49.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.</p> <p>5.1.49.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p>	

<p>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).</p>	
<p>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.</p>	
<p>5.2.1 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>	
<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.</p>	

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)

Dans le cadre de la présente démarche d'évaluation, douze emplacements ont été évalués au regard des services de soutien à domicile (SAD). Les usagers et les proches rencontrés ont témoigné d'un haut niveau de satisfaction au sujet des services reçus et de la relation avec les intervenants du SAD. Les gestionnaires et intervenants des services SAD font preuve d'un fort niveau d'engagement et d'une approche bienveillante envers la clientèle gériatrique des communautés servies. Leur grande capacité d'adaptation au contexte de services en région éloignée est remarquable. La collaboration entre professionnels et avec les organismes partenaires des communautés est bien présente et elle s'appuie sur des mécanismes d'arrimage souples et informels. La relation entre les intervenants du SAD et les médecins des communautés s'avère positive et facilitante.

Des mécanismes d'accès au SAD permettent d'accueillir les demandes de services de façon structurée, d'établir un ordre de priorité en fonction de critères définis et de les orienter vers le bon professionnel. L'évaluation initiale est rapide, la prise en charge au niveau des soins infirmiers et de l'aide à domicile est bonne, mais l'accessibilité à d'autres types de professionnels peut varier d'un territoire à l'autre.

Dans l'ensemble des services SAD, de bonnes pratiques ont été observées concernant:

- 1) La distribution et l'administration sécuritaires des médicaments;
- 2) L'approche interprofessionnelle en matière de soins de la peau et des plaies;
- 3) La sensibilité et la prise en compte des enjeux éthiques;
- 4) L'accessibilité au prêt d'équipement;
- 5) Le recours au programme d'allocation directe — chèque emploi-service;
- 6) L'utilisation d'outils d'évaluation et de mesures cliniques qui contribuent à l'harmonisation des pratiques;
- 7) L'offre de formation et de développement professionnels par le biais de la plateforme d'environnement numérique d'apprentissage (ENA) ou en mode virtuel qui contribue à l'évolution des pratiques et à la mise à jour des connaissances; de même que
- 8) Les mécanismes de soutien et d'encadrement professionnel.




Dans la majorité des emplacements visités, les usagers et les proches du SAD sont informés de leurs droits et de leurs responsabilités, incluant la possibilité de porter plainte. Des plans d'intervention individualisés sont élaborés sous différentes formes selon la discipline professionnelle. Les usagers et les proches sont impliqués dans l'élaboration des plans d'intervention et prennent une part active dans leurs soins. Chaque usager est associé à un intervenant pivot auquel il peut se référer. Diverses stratégies contribuent à la fluidité des trajectoires des usagers SAD en amont, durant et en aval de l'hospitalisation. Les services SAD collaborent avec les hôpitaux du territoire afin d'optimiser le cheminement des usagers et aider à la diminution des patients de niveau de soins alternatifs (NSA).

Certains aspects des services SAD pourraient toutefois être améliorés dans un ou plusieurs emplacements, notamment :

- 1) Se conformer aux POR : bilan comparatif des médicaments — BCM, évaluation du risque suicidaire, évaluation des risques en matière de sécurité à domicile, évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains dans l'ensemble des milieux, formation sur l'hygiène des mains, communication efficace de l'information aux points de transition;
- 2) Poursuivre les efforts pour contrer la pénurie de main-d'œuvre afin d'assurer l'accessibilité aux services et favoriser des présences stables auprès des usagers;
- 3) Améliorer l'accessibilité aux services professionnels dans l'ensemble des milieux (ex. travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste);
- 4) S'assurer d'une hiérarchisation des rôles au sein d'une même discipline professionnelle et considérer l'introduction de nouveaux titres d'emploi en réponse à la pénurie de main-d'œuvre;
- 5) Développer des équipes médicales étroitement associées aux SAD, parfaire l'arrimage avec l'équipe interdisciplinaire, répondre aux besoins des clientèles orphelines et considérer l'introduction d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL);
- 6) S'assurer du respect des bonnes pratiques relativement à l'obtention du consentement aux soins et services;
- 7) Harmoniser la fonction d'intervenant pivot, préciser le rôle en regard de la coordination des services et de l'animation de rencontres multidisciplinaires (minimalement pour les situations complexes);
- 8) Renforcer l'arrimage avec les coopératives et entreprises d'économie sociale en aide à domicile, des partenaires essentiels de l'offre de services;

- 9) Renforcer les mécanismes de collaboration interprofessionnelle avec les ASSS des COOP;
 - 10) Poursuivre l'informatisation et la modernisation sur le plan technologique afin, entre autres, de favoriser la continuité de services et d'optimiser les processus de travail (p. ex., gestion des horaires en soins infirmiers et en aide à domicile);
 - 11) Faire mieux connaître aux intervenants les possibilités d'accès aux services de traduction et d'interprétariat, notamment en regard des communautés autochtones;
 - 12) Formaliser les procédures au sujet de la gestion des déchets biomédicaux;
 - 13) S'assurer d'un environnement physique propice à de bonnes pratiques de désinfection aux services de prêt d'équipement; et finalement
 - 14) Former les intervenants de toutes les disciplines professionnelles au programme pour prévenir la maltraitance.
-

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 – Soins palliatifs et de fin de vie	
6.1.4 Les membres de l'équipe, les proches aidants et les bénévoles sont soutenus pour faire face à la mort, au deuil et aux décès successifs d'usagers.	
6.1.26 Les usagers et les proches aidants reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
6.1.27 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>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'usager, 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>6.1.33 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.	
6.1.56	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
6.1.56.1	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).	
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.	
6.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	POR

- 6.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple : faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).
- 6.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
- 6.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

6.2.6 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.



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



Commentaires des visiteurs

Chapitre 6 – Soins palliatifs et de fin de vie

Au Centre intégré de soins et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord, les soins palliatifs sont prodigués au niveau des soins à domicile (SAD), dans les installations du CISSS (hospitalisation) en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ou dans les deux maisons de soins palliatifs, soient, La Vallée des Roseaux à Baie-Comeau et L'Élyme des Sables à Sept-Îles, des partenaires de plus en plus importants dans la trajectoire de services.

Cette visite portait sur l'organisation des services en soins palliatifs et de fin de vie au niveau des soins à domicile (3) et des Centres d'hébergement de soins de longue durée (2).

Les visiteurs ont pu observer des soins centrés sur le confort, le bien-être et le soulagement de la douleur, ainsi qu'une place privilégiée qui est laissée aux familles dans l'accompagnement de leurs proches. Les soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) sont empreints de valeurs de bienveillance, d'humanisme, de dignité

et de respect. Tout au long de la trajectoire de services, l'usager et les proches sont invités à contribuer et à participer activement aux soins et services qui leur sont offerts.

Les soins palliatifs et fin de vie s'inscrivent dans un continuum de soins où les besoins et les choix des personnes sont placés au centre de la planification, de l'organisation et de la prestation des services, afin d'assurer un accompagnement de qualité adapté à la condition de la personne en fin de vie, et ce, dans une approche collaborative.

Il n'existe pas d'équipe dédiée comme telle en soins palliatifs et fin de vie pour la clientèle à domicile ou en CHSLD. Chaque infirmière ou équipe interdisciplinaire peut dispenser des soins et des services à cette clientèle.

La qualité de l'entraide, la passion pour cette clientèle et le dévouement de l'équipe pour répondre rapidement aux besoins de la personne et des proches sont remarquables. Les soins et les services offerts sont de qualité.

Il importe d'utiliser les outils disponibles pour harmoniser les soins palliatifs et de fin de vie et de faire appel à la conseillère cadre en soins infirmiers pour poursuivre le développement de l'expertise, le cas échéant. Il y a lieu de mettre à jour les pratiques cliniques en lien avec les soins palliatifs et de fin de vie, de mieux intégrer l'aide médicale à mourir dans l'offre de soins et d'adapter une échelle de la douleur pour la clientèle avec perte cognitive. Aussi, il convient de mettre en place un comité interdisciplinaire de soins palliatifs et de fin de vie au CISSS de la Côte-Nord.

Néanmoins, selon les personnes rencontrées, celles-ci mentionnent le peu de formation qui est donnée sur la notion de soins palliatifs et de fin de vie et sur l'aide médicale à mourir. La formation continue s'avère un incontournable pour assurer le maintien et le développement des compétences de façon à répondre à l'ensemble des SPFV.

L'établissement est invité à former les intervenants concernés par le programme de soins palliatifs et de fin de vie afin de bonifier l'approche et apporter un soutien psychosocial aux usagers et les proches. Les résidents et les proches seront mieux accompagnés dans les phases de deuil. L'enseignement aux familles sera mieux orchestré tout en apportant le soutien nécessaire. Il y a aussi le défi de maintenir l'expertise dans l'approche de fin de vie dans un contexte où le nombre de décès n'est pas très élevé.

Il importe de souligner l'importance de former les bénévoles; selon les proches rencontrés, ceux-ci évoquent que considérant le vieillissement de la population, les bénévoles sont de plus en plus sollicités pour assurer le soutien et l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Des tests de conformités se sont révélés non conformes pour certaines pratiques organisationnelles

requis (POR). Les équipes sont encouragées à compléter les POR ayant des non-conformités. À titre d'exemple, l'évaluation du risque de suicide, le bilan comparatif des médicaments (BCM) et la communication efficace de l'information aux points de transition. L'équipe est incitée à relancer les audits concernant l'évaluation de la conformité aux pratiques de l'hygiène des mains. L'établissement est encouragé à diffuser les résultats des audits à grande échelle, d'afficher les résultats et d'utiliser ceux-ci pour s'améliorer ou de se réajuster, le cas échéant.

Il y a lieu de mentionner qu'il y a peu de personnes qui décident de terminer leur vie à domicile. Les usagers sont dirigés vers l'hôpital en fin de vie. Il y a un très grand respect de la volonté des individus quant aux choix relatifs aux soins palliatifs et de fin de vie.

Pour l'équipe des soins à domicile, l'implication des proches est un élément primordial de la prestation de soins et de services en SPFV. De ce fait, l'équipe a procédé à une évaluation de leurs besoins afin de reconnaître leur apport considérable et indispensable auprès de la personne en fin de vie en encourageant leur participation aux soins, en misant sur leurs forces et en respectant leurs limites.

Témoignage d'une famille ayant bénéficié des services de soins à domicile du CLSC Lionel-Charest pour leur fils en soins palliatifs et de fin de vie : « Mon mari et moi sommes privilégiés de recevoir autant de soutien et d'aide, nous en sommes très reconnaissants envers l'ensemble des professionnels qui sont présents pour nous et notre fils, dans des moments sombres et moins sombres. Ce sont des êtres humains, bienveillants, respectueux et généreux de leur temps. Du personnel infirmier et médical extraordinaire, disponible et accessible. Nous avons été impliqués activement dès le début du processus dans l'ensemble des soins et services offerts à notre fils. Ils nous assurent du soutien jusqu'à la fin et après le départ ».

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.