

LE **CISSS** DES LAURENTIDES  
complice de votre santé

## Rapport - Visite qualité 6 mois post conventionnement

**Centre d'hébergement et de soins de  
longue durée (CHSLD)  
L.-B.-Desjardins Inc.**

55, avenue Hochart  
Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R6

**Mai 2025**  
(Visites le 5 et le 6 mai)

*Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Laurentides*

Québec 

Une publication du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides  
290, rue De Montigny, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3

### **Conception et rédaction**

Élizabeth Lucio, APPR / Professionnelle à la Qualité des milieux de vie, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Marc-Antoine Bélisle, Conseiller en soins infirmiers - secteurs SAPA-SAD et DI-TSA-DP, Direction adjointe à la pratique professionnelle, Direction des soins infirmiers

### **Comité de validation**

Isabelle Danis, Conseillère cadre hébergement, soins et services de longue durée, Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées – hébergement (DSAPA-HÉB)

Anne-Marie Cliche, Conseillère cadre hébergement, soins et services de longue durée, Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées – hébergement (DSAPA-HÉB)

Annik Beauchamp, Conseillère cadre à la qualité des milieux de vie, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)

Maude Marchildon, Coordonnatrice à la qualité des milieux de vie, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)

Stéphanie Lambert, Conseillère cadre en soins infirmiers - secteurs SAPA-SAD et DPDRP, Direction adjointe aux pratiques professionnelles, Direction des soins infirmiers

Pierre Arsenault, adjoint à la directrice SAPA-Hébergement, Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées

### **Révision linguistique**

Précillia Boucher, Technicienne en administration, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)

Le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

---

Tous droits réservés.

La reproduction complète ou partielle ainsi que le téléchargement sont autorisés à des fins non commerciales seulement et à la condition de mentionner la source.

© Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, 2025

## Table des matières

1.	Introduction .....	4
1.1.	Mandat.....	4
1.2.	Contexte de la visite.....	4
2.	Méthodologie.....	4
2.1.	Aspects audités.....	4
2.2.	Méthodes utilisées .....	4
3.	Présentation des résultats d'audits .....	5
4.	Résultats des observations des pratiques cliniques.....	6
4.1.	Écarts observés .....	6
4.2.	Bons coups .....	7
5.	Résultats des observations de l'environnement.....	8
5.1.	Écarts observés .....	8
5.2.	Bons coups .....	9
6.	Résultats des observations des dossiers.....	9
6.1.	Écarts observés .....	9
6.2.	Commentaires généraux concernant les audits de dossiers.....	19
6.3.	Bons coups .....	20
7.	Conclusion .....	20

---

N.B. Le genre masculin est utilisé comme générique  
dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

---

## 1. Introduction

### 1.1. Mandat

Le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides a été mandaté, par la Direction générale des aînés et des proches aidants du MSSS, pour assurer le suivi de la réalisation des plans d'amélioration de la qualité des soins et des services pour l'installation du CHSLD L.-B.-Desjardins Inc. Cette démarche se traduit par le suivi effectué par le CISSS des Laurentides quant aux actions figurant aux différents plans ainsi que par la réalisation d'audits de qualité 6, 12 et 24 mois suivant le conventionnement des CHSLD.

### 1.2. Contexte de la visite

Le CHSLD L.-B.-Desjardins Inc., situé au 55, avenue Hochart à Saint-Sauveur, est un bâtiment de 3 étages, pouvant accueillir jusqu'à 103 résidents. Cet établissement s'est vu octroyer son statut de CHSLD privé conventionné le 1<sup>er</sup> octobre 2024.

Cette première visite d'appreciation de l'état d'avancement des plans d'amélioration de la qualité des soins et des services s'effectue au moment où l'équipe de direction du CHSLD L.-B.-Desjardins Inc. poursuit activement ses travaux visant à se conformer aux exigences attendues par son statut de CHSLD privé conventionné.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Aspects audités

Les processus audités concernent :

- Le recours aux mesures de contrôle ;
- Les plans de travail des équipes de soins, l'approche adaptée à la personne âgée et le maintien de l'autonomie ;
- La prévention et la prise en charge des lésions de pression ;
- La prévention et la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ;
- La gestion de la douleur ;
- La gestion des soins de plaies ;
- Le volet occupationnel ;
- Les mécanismes de communication et la documentation clinique ;
- La prévention des chutes ;
- Le dépistage et le suivi du risque suicidaire chez les résidents.

Préalablement à la visite, l'équipe de visiteurs du CISSS des Laurentides s'est assurée de s'approprier les procédures, les outils, les formations et les audits (formulaires) mis en place par le CHSLD L.-B.-Desjardins Inc.

### 2.2. Méthodes utilisées

Les visiteurs ont réalisé une observation des dossiers des résidents, ainsi que de toute documentation associée à ceux-ci. Des observations de l'environnement et des pratiques cliniques ont également été objectivées.

### **2.2.1. Observation sur les étages**

Les observations sur les étages ont porté sur l'environnement, particulièrement quant à la sécurité et au bien-être des résidents et visiteurs, à l'affichage de l'identification du résident et à l'environnement sonore.

Des observations plus spécifiques ont également été effectuées sur certains aspects entourant l'administration sécuritaire des médicaments, la connaissance du personnel à l'égard de certaines procédures ou protocoles, la disponibilité du matériel pour la désinfection des appareils et l'utilisation de mesures de contrôle (dont entre autres : la nature et l'état du matériel).

### **2.2.2. Observation de dossier**

Sélectionnés de façon aléatoire, tout en s'assurant d'une bonne représentativité des différents aspects à auditer, 12 dossiers ont été examinés : 4 sur chacun des étages. Il a alors été vérifié dans les dossiers papier et différents cartables du CHSLD :

- La présence au dossier des formulaires associés aux différents processus ;
- La présence des informations demandées au formulaire ;
- La présence et la qualité des notes au dossier, lorsque requis ;
- La présence et la mise à jour du plan thérapeutique infirmier (PTI) ou du plan d'intervention individualisé (PII), selon le cas ;
- La transmission d'une information pertinente et à jour aux différents membres de l'équipe selon les mécanismes de communication en place (plan d'assistance, tableau de communication et registre) ;
- La continuité des soins.

## **3. Présentation des résultats d'audits**

Le rapport s'intéresse plus précisément aux éléments non conformes ou pour lesquels une attention est requise. Le détail des résultats (dont les éléments conformes) est disponible dans les annexes du présent rapport.

Annexe 1 : Résultats observations des pratiques cliniques

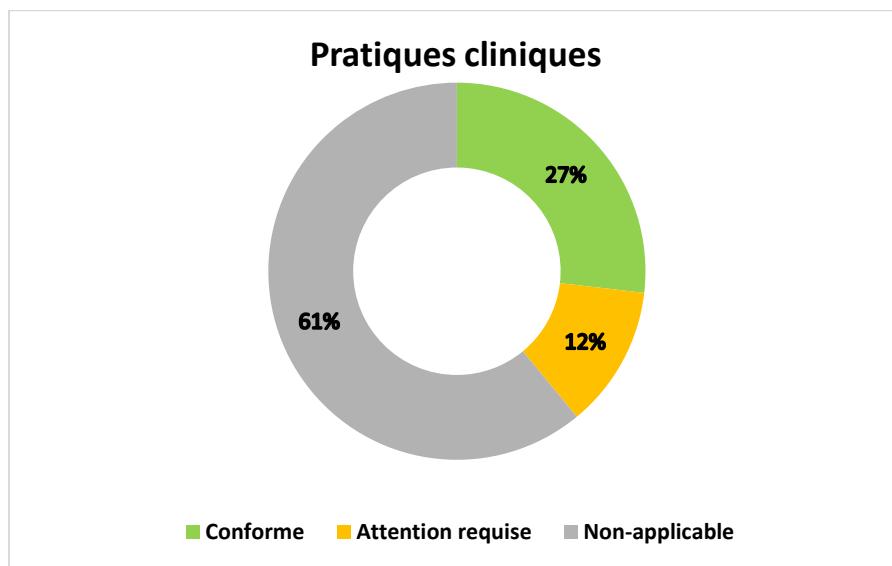
Annexe 2 : Résultats observations de l'environnement

Annexe 3 : Résultats observations de dossiers

Les résultats concernant les observations sont traduits selon les aspects suivants :

✓	Conforme (90 à 100% de conformité)
!	Attention requise (31 à 89% de conformité)
X	Non conforme (0 à 30% de conformité)
N/A	Non-applicable

#### 4. Résultats des observations des pratiques cliniques



##### 4.1. Écarts observés

Lors de l'audit, il n'y avait aucun résident nécessitant des précautions additionnelles. Par conséquent, tous les éléments à évaluer concernant la prévention et le contrôle des infections, la disponibilité du matériel requis à la station habillage, déshabillage et à la station de nettoyage et de désinfection n'ont pas pu être évalués.

###### 4.1.1. Administration des médicaments

Administration des médicaments	Post conventionnement		
	6 mois	12 mois	24 mois
Un registre de surveillance de la température du réfrigérateur est en place sur l'unité (surveillance 2X/jour).	!		

###### Précision complémentaire

Tous les éléments évalués de cette section étaient conformes, à l'exception du registre de surveillance de la température du réfrigérateur. Un registre est présent sur chaque étage, mais n'était pas à jour au 1er étage.

## Recommandation

- S'assurer que la prise de température est réalisée et notée au registre minimalement 2 fois par jour.

### 4.1.2. Connaissance des procédures et des protocoles

Connaissance des procédures et des protocoles	Post conventionnement		
	6 mois	12 mois	24 mois
Le personnel questionné connaît l'existence du protocole d'intervention à la suite d'une chute d'un résident.	!		
Le personnel questionné connaît l'existence du protocole de non-retour après une visite extérieure.	!		
Le personnel questionné connaît les principales actions à poser en cas de non-retour du résident après une visite extérieure.	!		
Le personnel a déjà été sensibilisé au régime de traitement des plaintes de l'établissement.	!		

## Précision complémentaire

L'ensemble du personnel infirmier connaissait l'existence et l'emplacement des différentes procédures et protocoles. Cependant, les PAB questionnés n'en étaient pas informés.

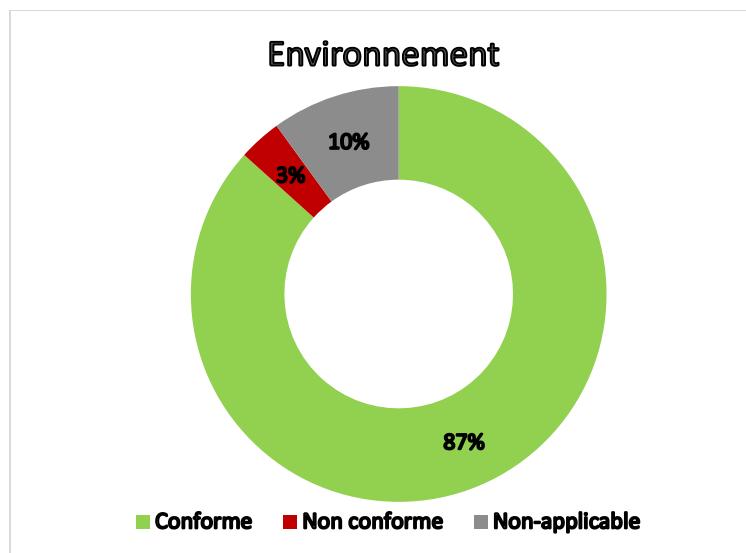
## Recommandation

- S'assurer que l'ensemble du personnel impliqué auprès des résidents, connaît les différentes procédures et protocoles en vigueur dans l'établissement et où les retrouver en cas de besoin.

### 4.2. Bons coups

- Du matériel pour l'hygiène des mains (solution hydroalcoolique) était disponible lors de l'administration des médicaments ;
- L'ensemble des pratiques et procédures concernant l'administration des médicaments était respecté ;
- Les médicaments étaient clairement identifiés selon les bonnes pratiques ;
- L'utilisation de l'écrase pilule respectait les bonnes pratiques afin d'éviter la contamination croisée ;
- Les chariots à médicaments étaient verrouillés lorsque l'intervenant s'en éloignait.

## 5. Résultats des observations de l'environnement



### 5.1. Écarts observés

#### 5.1.1. Environnement

Environnement	Post conventionnement		
	6 mois	12 mois	24 mois
Les médicaments ou produits toxiques ou dangereux sont éliminés de la portée des patients (produits de nettoyage, couteau, ciseau, corde, rasoir, etc.)	X		

#### Précisions complémentaires et autres commentaires

Quelques produits dangereux tels que des nettoyants, du savon à vaisselle et des lingettes désinfectantes étaient accessibles aux résidents, sur les 3 étages, dans certaines armoires non verrouillées. De plus, certains néons, dans l'ensemble du CHSLD, étaient défectueux (clignotaient continuellement) et un important trou était visible dans l'un des murs d'une chambre située au 3<sup>e</sup> étage. Il a aussi été observé une absence de surveillance, quelques minutes, dans la salle à manger du 3<sup>e</sup> étage pendant le déjeuner des résidents. Enfin, très peu d'histoires de vie étaient affichées dans les chambres des résidents.

#### Recommandations

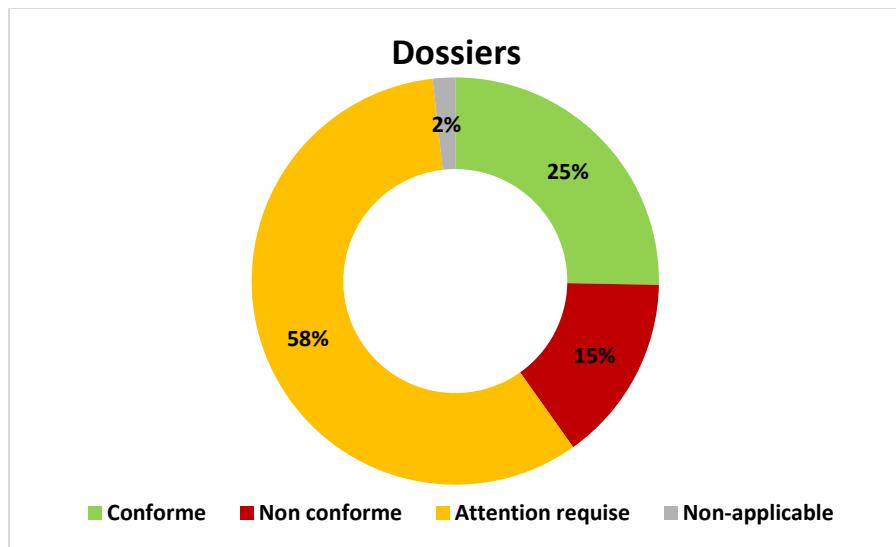
S'assurer que :

- Les produits dangereux sont rangés hors de la portée des résidents en tout temps ;
- Les différents bris dans l'environnement des résidents soient réparés ;
- Une surveillance est toujours présente pendant l'heure des repas des résidents ;
- Tous les résidents ont leur histoire de vie affichée dans leur chambre.

## 5.2. Bons coups

- Milieu propre, désencombré et chaleureux ;
- Chambres personnalisées ;
- Personnel gentil et accessible avec une attitude bienveillante envers les résidents ;
- Autonomie des résidents favorisée par le personnel rencontré ;
- Plusieurs activités observées lors des audits ;
- Déjeuners faits au fur et à mesure dans chaque salle à manger permettant aux résidents de manger chaud ;
- Ambiance familiale ;
- Musique douce sur tous les étages ;
- Journaux disponibles pour les résidents un peu partout dans l'établissement ;
- Réponse rapide par une préposée aux bénéficiaires à la suite de l'activation d'une cloche d'appel ;
- Affichage sur la bientraitance à divers endroits dans l'établissement sous forme non institutionnelle.

## 6. Résultats des observations des dossiers



### 6.1. Écarts observés

#### 6.1.1. Administration des médicaments

Administration des médicaments	Post conventionnement		
	6 mois	12 mois	24 mois
Lorsque l'heure d'administration diffère de l'heure prescrite de plus d'une heure, l'heure réelle d'administration est inscrite à la FADM.*	!		

## Précisions complémentaires

Parmi tous les dossiers audités, pour un peu moins de la moitié, lorsque l'heure d'administration différait de l'heure prescrite de plus d'une heure, l'heure réelle d'administration n'était pas inscrite à la FADM. De plus, quelques-uns avaient des FADM non signées et/ou initialées.

## Recommandations

S'assurer que :

- Lorsque l'heure d'administration diffère de l'heure prescrite de plus d'une heure, l'heure réelle d'administration est inscrite à la FADM ;
- Tous les intervenants concernés initialisent et signent la FADM lors de l'administration des médicaments.

### 6.1.2. Évaluation des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD)

	Post conventionnement		
Évaluation des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD) Le résident présente ou a présenté un SCPD	6 mois	12 mois	24 mois
Une évaluation infirmière a été réalisée en lien avec les SCPD.	!		
Une grille de surveillance des SCPD a été mise en place dès leur apparition.	X		
L'approche et les interventions non pharmacologiques à respecter avec le résident sont inscrites dans le plan de travail des intervenants concernés.	X		
Le PTI a été ajusté à la suite de l'apparition des SCPD.	!		
Les interventions non pharmacologiques tentées avant l'administration de la médication sont documentées au dossier.	!		
Lors de l'administration de la médication, une réévaluation des SCPD est effectuée et l'efficacité est documentée au dossier.	!		

## Précisions complémentaires

Parmi tous les dossiers audités, très peu avaient une évaluation infirmière complète en lien avec les SCPD, malgré certaines notes évolutives qui faisaient état de comportements perturbateurs. De plus, l'identification des causes menant à ces comportements était souvent absente aux dossiers, tout comme les grilles de surveillance des SCPD qui n'étaient pas toujours dûment complétées. Les interventions non pharmacologiques tentées avant l'administration d'une médication étaient toutefois documentées dans plus de la moitié des cas. Lorsqu'une médication avait été administrée en lien avec les SCPD, l'efficacité de celle-ci était aussi documentée dans certains cas.

Aussi, presque aucun des plans de travail des différents intervenants concernés ne contenait l'ensemble des informations des résidents présentant des SCPD. À cet effet, il a été précisé aux auditeurs que les particularités de ces résidents sont transmises aux PAB oralement, lors des changements de quarts de travail. Bien qu'une feuille de route soit complétée par ces derniers à leur arrivée, celle-ci est ensuite détruite à la fin de leur quart de travail. Les PTI ont toutefois été ajustés à la suite de l'apparition de SCPD dans plus de la moitié des cas au niveau de l'émission de certains constats, mais sans directive associée.

## Recommandations

S'assurer que :

- L'infirmière réalise une évaluation systématique en lien avec les SCPD, dès l'apparition de ceux-ci, et que cette évaluation soit consignée au dossier ;
- Une grille d'observation des SCPD est mise en place dès leur apparition et que l'identification des causes menant à ces comportements est inscrite au dossier ;
- Les plans de travail écrits et officiels des intervenants qui doivent intervenir auprès des résidents, contiennent toutes les particularités de chaque résident ;
- Des interventions non pharmacologiques sont tentées avant l'administration de la médication et qu'elles soient documentées au dossier ;
- Les PTI sont ajustés, dès l'apparition d'un SCPD, et que des directives soient présentes pour chacun des constats ;
- Les interventions non pharmacologiques sont documentées systématiquement avant l'administration de la médication ;
- L'efficacité de la médication administrée, en lien avec les SCPD, est documentée au dossier.

### 6.1.3. Évaluation du risque de chute

Évaluation du risque de chute	Post conventionnement		
	6 mois	12 mois	24 mois
L'évaluation du risque de chute est complétée dans les 7 jours qui suivent l'admission.	!		
Si un risque de chute est identifié, une note au dossier est rédigée en lien avec le risque de chute.	!		
Si un risque de chute est identifié, un constat apparaît au PTI.	!		
Si un risque de chute est identifié, des directives apparaissent au PTI.	!		
Si un risque de chute est identifié, les mesures préventives à mettre en place apparaissent au plan de travail des préposés aux bénéficiaires.	!		
L'évaluation du risque de chute est complétée lors d'un changement dans l'état de santé du résident.	!		

## Précisions complémentaires

Parmi tous les dossiers audités, l'évaluation du risque de chute a été complétée dans la majorité des cas, dans les 7 jours suivant l'admission et une note au dossier a été rédigée en lien avec ce risque dans la moitié des cas. Toutefois, très peu comportaient l'évaluation du risque de chute lors d'un changement dans l'état de santé du résident.

De plus, ceux-ci contenaient un constat ainsi que des directives aux PTI, dans une grande majorité des cas, en présence d'un risque de chute identifié. Finalement, les mesures préventives à mettre en place apparaissent au plan de travail des préposés aux bénéficiaires dans moins de la moitié des cas lorsqu'un risque de chute a été identifié.

## Recommandations

S'assurer que :

- L'évaluation du risque de chute est complétée dans les 7 jours suivant l'admission et une note au dossier est rédigée en lien avec ce risque ;
- Chaque constat au PTI est associé à une directive lorsqu'un risque de chute est identifié ;
- Les plans de travail des PAB sont mis à jour et incluent toutes les mesures préventives à mettre en place afin de prévenir les chutes lorsque les résidents sont à risque ;
- L'évaluation du risque de chute est systématiquement réalisée lors d'un changement dans l'état de santé du résident.

### 6.1.4. Suivi post-chute

	Post conventionnement		
Suivi post-chute	6 mois	12 mois	24 mois
Une évaluation post-chute est complétée et comprend minimalement la prise des signes vitaux et l'évaluation concernant: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'état de conscience;</li> <li>▪ La douleur</li> <li>▪ L'intégrité de la peau</li> <li>▪ L'état des membres (déformation, alignement, mobilité)</li> <li>▪ L'identification s'il y a eu impact ou présomption d'impact crânien.</li> </ul>	!		
En cas de chute, l'infirmière procède à la réévaluation du risque de chute.	!		
En cas de chute, une analyse de la chute est réalisée dans le AH-223, dans la note d'évolution ou dans un formulaire standardisé utilisé par l'établissement.	!		
À la suite de l'analyse post-chute, l'infirmière ajuste le PTI.	X		
Les interventions préventives à mettre en place se retrouvent au plan de travail des intervenants concernés.	X		

Pour les chutes sans impact crânien, la surveillance clinique minimale est effectuée; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aux 8 h pour 24 h</li> <li>▪ Puis 24 h plus tard</li> </ul>	!		
Le résident ou son représentant est avisé de la chute, des causes, des conséquences et des interventions/suivis effectués.	!		

### Précisions complémentaires

Parmi l'ensemble des dossiers audités, une évaluation post-chute complète a été réalisée par l'infirmière, dans la majorité des cas, et une réévaluation du risque de chute par cette dernière a été effectuée dans un peu plus de la moitié des situations. Toutefois, très peu de dossiers avaient un PTI ajusté à la suite de l'analyse de la chute et contenaient les interventions préventives à mettre en place au plan de travail des intervenants concernés.

Concernant la surveillance clinique minimale pour les chutes, sans impact crânien, celle-ci a été effectuée dans une bonne proportion des cas. Il a également été constaté que dans la majorité des situations, une analyse de la chute a été réalisée dans le rapport AH-223, dans la note d'évolution ou dans un formulaire standardisé. Le résident ou son représentant légal avaient aussi été informés de la chute, des causes et conséquences de celle-ci ainsi que des interventions et suivis réalisés.

### Recommendations

S'assurer que :

- Une évaluation post-chute complète est réalisée de façon systématique lors d'une chute d'un résident et que l'évaluation du risque de chute est également faite au même moment ;
- L'analyse de la chute est réalisée dans le rapport AH-223, dans la note d'évolution ou dans un formulaire standardisé à chaque chute ;
- Le PTI est ajusté et les interventions préventives à mettre en place au plan de travail des intervenants sont mises à jour à chaque chute ;
- La surveillance clinique minimale est effectuée pour tous les types de chutes ;
- Le résident ou son représentant est avisé de la chute, des causes, des conséquences et des interventions/suivis effectués.

### 6.1.5. Évaluation du risque et suivi des plaies de pression

		Post conventionnement		
Évaluation du risque de plaque de pression		6 mois	12 mois	24 mois
L'évaluation du risque de plaque de pression est effectuée selon les standards de pratique, soit dans les 7 jours suivant l'admission, puis une fois par semaine pour 4 semaines et aux 3 mois par la suite.		!		
Dès l'apparition d'une plaque de pression, le risque de plaque de pression est réévalué.		!		

Après avoir rempli le formulaire d'évaluation du risque de plaies de pression, l'infirmière fait une note au dossier reflétant son analyse et les interventions à mettre en place, le cas échéant.	X		
Si un risque de plaie de pression est identifié, un constat et des directives sont inscrits au PTI.	!		
Si un risque de plaie est identifié, les interventions à mettre en place sont indiquées au plan de travail des intervenants concernés.	X		
Suivi des plaies	6 mois	12 mois	24 mois
Si le résident développe une plaie de stade 2 ou plus, un rapport AH-223 est complété.	!		
S'il y a une plaie, le formulaire d'évaluation et de suivi des plaies est rempli lors de chaque réfection de pansement ou évaluation de la plaie.	!		
Si le formulaire d'évaluation et de suivi des plaies n'est pas utilisé, une note complète au dossier témoigne de la réfection du pansement ou de l'évaluation de la plaie.	!		
S'il y a une plaie, une évaluation infirmière est effectuée au moins une fois par semaine.	!		

### Précisions complémentaires

Parmi l'ensemble des dossiers audités, peu de dossiers présentaient une évaluation du risque de plaies de pression, faite à l'admission, comme attendu dans les standards de pratique. De plus, en cas d'apparition d'une plaie de pression, le risque a été réévalué dans seulement un peu plus de la moitié des situations. Concernant l'analyse des résultats, l'évaluation du risque de plaies de pression par l'infirmière était absente ou incomplète dans la totalité des dossiers audités. Par ailleurs, lorsqu'un risque de plaie de pression était identifié, le constat et les directives étaient consignés au PTI dans un nombre restreint de cas et les interventions à mettre en place apparaissaient au plan de travail des intervenants concernés dans un nombre encore plus limité.

Dans un peu plus de la moitié des dossiers audités, le formulaire d'évaluation et de suivi des plaies a été complété lors de chaque réfection de pansement ou évaluation de la plaie. De plus, il a été observé que très peu de notes aux dossiers témoignaient de la réfection du pansement ou de l'évaluation de la plaie. En revanche, dans la grande majorité des dossiers, on observe la présence d'une évaluation infirmière effectuée au moins une fois par semaine en présence d'une plaie. Enfin, très peu de plaies de pression de stade 2 ou plus avaient un rapport AH-223 complété.

### Recommandations

S'assurer que :

- L'évaluation du risque de plaies de pression à l'admission est réalisée conformément aux standards de pratique ;
- En cas d'apparition d'une plaie de pression, le risque de plaie de pression est réévalué ;
- L'analyse des résultats, lors de l'évaluation du risque de plaie de l'infirmière, est complète et présente au dossier du résident ;

- Chaque constat est associé à une directive au PTI et que ces directives, lorsque requis, se retrouvent au plan de travail des intervenants concernés ;
- Toutes les plaies de pression de stade 2 et plus sont déclarées dans un rapport AH-223 ;
- Le formulaire d'évaluation et de suivi des plaies est complété, lors de chaque réfection de pansement ou de l'évaluation de la plaie ;
- L'ensemble des notes aux dossiers témoignent de réfection du pansement ou de l'évaluation de la plaie ;
- Une évaluation infirmière est effectuée au moins une fois par semaine, en présence d'une plaie.

#### 6.1.6. Gestion de la douleur

	Post conventionnement		
Gestion de la douleur	6 mois	12 mois	24 mois
En présence de douleur, cette dernière a été documentée selon le PQRSTU ou selon une méthode standardisée.	X		
Présence d'une intervention clinique (MDX, ou autre).	!		
L'efficacité est documentée.	!		

#### Précisions complémentaires

Parmi tous les dossiers audités, une très faible proportion a démontré qu'en présence de douleur, celle-ci a été documentée selon le PQRSTU (*provoqué, pallié, quantité, qualité, région, symptômes, temps, understanding*) ou selon une méthode standardisée. Dans la plupart des cas, une intervention clinique a été réalisée lorsque les résidents ont exprimé des douleurs. Toutefois, lorsqu'une médication a été administrée à ces derniers pour les soulager, l'efficacité de celle-ci était documentée dans peu de dossiers.

#### Recommandations

S'assurer que :

- En présence de douleur, cette dernière est documentée selon le PQRSTU ou selon une méthode standardisée et que des interventions cliniques sont réalisées et documentées au dossier ;
- L'efficacité de l'intervention clinique est documentée.

#### 6.1.7. Notes d'évolution au dossier de l'usager

	Post conventionnement		
Notes d'évolution au dossier de l'usager	6 mois	12 mois	24 mois
Si un usager est instable, une évaluation, une surveillance, un suivi (efficacité) est documenté au dossier.	!		

## Précisions complémentaires et autres commentaires

Parmi tous les dossiers audités, la majorité des notes évolutives reflétant l'évaluation, la surveillance, le suivi et l'efficacité de celui-ci étaient peu détaillées et dans certains cas, manquantes. Il était difficile de retracer le raisonnement clinique concernant certaines évaluations et interventions. Par exemple, certains formulaires étaient complétés plus fréquemment, mais les raisons de cette compléction n'apparaissaient pas dans les notes évolutives.

## Recommandation

S'assurer que :

- Les notes évolutives reflètent l'évaluation, la surveillance, le suivi et l'efficacité de celui-ci afin de bien comprendre le raisonnement clinique menant à l'identification d'interventions appropriées pour le résident.

### 6.1.8. Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)

Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)	Post conventionnement		
	6 mois	12 mois	24 mois
Un PII est réalisé dans les 6 semaines suivant l'admission du résident.	!		
Le PII est révisé au moins une fois par année.	!		
Lors de la rencontre du PII, tous les intervenants impliqués auprès du résident étaient présents ou avaient transmis leurs recommandations par écrit.	!		
Les objectifs du résident et les moyens pour les atteindre sont diffusés aux intervenants concernés via leur plan de travail ou autre outil de gestion des soins.	X		

## Précisions complémentaires

Parmi l'ensemble des dossiers audités, il a été observé que certains ne comportaient pas de PII. Lorsque présents, les objectifs mentionnés étaient souvent très généraux et n'étaient pas toujours alignés avec ceux du résident, mais plutôt avec ceux des soignants et des familles. De plus, dans un peu plus de la moitié des cas, les délais requis pour l'élaboration du PII n'ont pas été respectés. Il est toutefois à noter que dans la majorité des cas, le PII a été révisé au moins une fois par an.

En ce qui concerne l'implication des différents intervenants requis dans l'élaboration du PII, la majorité était présente aux rencontres interdisciplinaires ou avait transmis leurs recommandations par écrit. Cependant, très peu des objectifs des résidents et des moyens pour les atteindre avaient été communiqués aux préposés aux bénéficiaires via leur plan de travail.

## Recommandations

S'assurer que :

- Tous les dossiers comportent un PII précisant les besoins spécifiques des résidents et que ceux-ci sont réalisés selon les délais requis ;
- Les PII sont révisés minimalement une fois par année ;
- Tous les intervenants concernés participent à la rencontre interdisciplinaire ou transmettent leurs recommandations afin d'élaborer le PII spécifique à chaque résident.

#### 6.1.9. Plan thérapeutique infirmier (PTI)

	Post conventionnement		
Plan thérapeutique infirmier (PTI)	6 mois	12 mois	24 mois
Chaque directive est associée à un constat.	!		
Le PTI a fait l'objet d'ajustements depuis l'admission.	!		
Les directives ciblant les PAB se retrouvent dans leur plan de travail.	X		
Toutes les cases du PTI sont complétées (date, heure, initiales, # de besoin)	X		

#### Précisions complémentaires

Parmi l'ensemble des dossiers audités, la majorité des PTI ont été ajustés depuis l'admission et chaque directive était associée à un constat. Cependant, très peu de dossiers avaient toutes les sections constitutives des PTI adéquatement remplies. Par exemple, certains d'entre eux, ayant été retranscrits, ne comportaient ni une date ni une signature. Enfin, aucune directive spécifique au résident ne se retrouvait dans le plan de travail des PAB.

#### Recommandations

S'assurer que :

- Les PTI font l'objet de mise à jour depuis l'admission et que chaque directive est associée à un constat ;
- Toutes les sections constitutives du PTI sont adéquatement complétées ;
- Les directives spécifiques du résident se retrouvent au plan de travail des PAB.

#### 6.1.10. Utilisation de mesures de contrôles (MDC)

	Post conventionnement		
Utilisation de mesures de contrôles (MDC)	6 mois	12 mois	24 mois

Lors de l'utilisation d'une MDC, les éléments suivants sont consignés au dossier :	!		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'utilisation des mesures alternatives a été documentée</li> <li>▪ L'évaluation de la condition physique et mentale de l'usager</li> <li>▪ Le contexte d'intervention</li> <li>▪ Les risques (contre-indications) à l'utilisation de la mesure</li> <li>▪ La durée d'application (date et heure début et fin); modalité de surveillance et de suivi La description de la mesure, des comportements motivants l'utilisation de la mesure</li> <li>▪ L'enseignement fait aux représentants et aux familles</li> <li>▪ Le consentement obtenu (famille ou usager)</li> <li>▪ Les données cliniques justifiant l'arrêt ou le maintien de la mesure et découlant de la réévaluation</li> </ul>	!		
Lors de l'utilisation d'une mesure de contrôle en contexte planifié, le PII est ajusté.	!		
La surveillance initiale comprend l'état clinique de l'usager et l'ajustement sécuritaire du matériel dans le cas d'une contention physique.	!		
La réévaluation de l'utilisation de la MDC comprend les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La validation de l'efficacité de la mesure utilisée (pertinence de la mesure vs l'état du résident) L'analyse de la pertinence de maintenir la mesure (avantage et inconvénients)</li> <li>▪ L'évaluation de la condition physique et mentale de l'usager et des comportements associés à l'utilisation de la mesure</li> </ul>	!		
Réévaluation des interventions effectuées selon l'évolution de la condition du résident.	!		
En contexte d'intervention planifiée, la décision d'appliquer une mesure de contrôle est prise en interdisciplinarité.	!		

### Précisions complémentaires

Parmi l'ensemble des dossiers audités, la majorité comprenait tous les éléments requis, incluant la surveillance initiale de l'état clinique de l'usager, l'ajustement sécuritaire du matériel dans le cas d'une contention physique ainsi qu'une réévaluation complète de l'utilisation de la mesure de contrôle. Toutefois, il a été constaté que pour la moitié des dossiers, les PII n'étaient pas ajustés lors de l'utilisation d'une mesure de contrôle en contexte planifié et que la décision d'appliquer une mesure de contrôle n'était pas prise en interdisciplinarité. Enfin, pour un peu plus de la moitié des cas, une réévaluation des interventions a été effectuée en fonction de l'évolution de la condition du résident.

### Recommandations

S'assurer que :

- Les éléments requis sont présents dans les dossiers des usagers lorsqu'une mesure de contrôle est appliquée ;
- La décision d'appliquer une mesure de contrôle, en contexte planifié, est prise en interdisciplinarité ;
- Les PII sont ajustés dès l'utilisation d'une mesure de contrôle et qu'ils sont consignés dans le dossier de l'usager ;
- La surveillance initiale comprend l'évaluation de l'état clinique de l'usager, ainsi que l'ajustement sécuritaire de l'équipement, en contexte d'intervention planifiée ;
- Tous les éléments requis sont présents lors de la réévaluation de la nécessité de l'utilisation des mesures de contrôle et que les interventions identifiées sont efficaces.

#### **6.1.11. Évaluation et suivi du risque suicidaire**

		<b>Post conventionnement</b>		
<b>Évaluation et suivi du risque suicidaire</b>		<b>6 mois</b>	<b>12 mois</b>	<b>24 mois</b>
Le dépistage et les stratégies d'interventions et de suivi sont consignés au dossier de l'usager.		!		

#### **Précisions complémentaires**

Parmi tous les dossiers audités, le dépistage et les stratégies d'intervention et de suivi étaient consignés au dossier de l'usager dans un peu plus de la moitié des cas. Il est aussi à noter qu'aucun résident ne présentait d'idées suicidaires, ce qui a écarté la nécessité de prendre des mesures de sécurité immédiates pour les usagers à risque de suicide.

Parmi l'ensemble des dossiers audités, le dépistage ainsi que les stratégies d'intervention et de suivi étaient documentées dans le dossier de l'usager dans un peu plus de la moitié des cas. Il convient également de noter qu'aucun résident ne présentait d'idées suicidaires, éliminant ainsi la nécessité de mettre en place des mesures de sécurité immédiates pour les résidents à risque de suicide.

#### **Recommandation**

S'assurer que :

- Le dépistage, les stratégies d'intervention et le suivi sont réalisés et consignés aux dossiers de tous les résidents.

#### **6.2. Commentaires généraux concernant les audits de dossiers**

De façon générale, les différents outils et documents cliniques utilisés par le personnel ont été élaborés par d'autres instances et parfois, les versions de ceux-ci n'avaient pas été mises à jour. Par exemple, le formulaire de dépistage et d'estimation du risque suicidaire. Celui utilisé par l'établissement provient du CISSS des Laurentides, mais ce n'est pas la dernière version qui a été mise à jour le 4 février 2024.

### 6.3. Bons coups

- Le PTI a été réalisé pour la très grande majorité des dossiers ;
- Lors des admissions et des retours d'hôpital, l'ensemble des dossiers avait une concordance entre les prescriptions et les FADM ;
- Tous les dossiers avaient une évaluation du risque de chute complétée minimalement une fois par année ;
- Lors des chutes, avec impact ou présomption d'impact crânien, l'évaluation et la surveillance clinique supplémentaire requise comportaient tous les éléments nécessaires. Des notes aux dossiers avaient aussi été réalisées ;
- Dans tous les cas, un protocole de surveillance des narcotiques était présent dans les dossiers le nécessitant. Également, l'évaluation de la douleur, pour les résidents incapables de communiquer, était réalisée via un outil standardisé ;
- Concernant les mesures de contrôle, il a été observé une grande majorité d'éléments conformes dans les différentes pratiques cliniques ;
- Pour la très grande majorité des dossiers, les résidents ont été dépistés pour le risque de suicide. De plus, les réévaluations ont été effectuées selon les bonnes pratiques, ainsi que lors des moments critiques.

## 7. Conclusion

La visite d'évaluation de la qualité des soins, 6 mois post conventionnement, a permis de constater un milieu de vie propre et chaleureux. Les échanges entre le personnel et les résidents étaient également empreints de respect et de bienveillance. De façon générale, les observations de l'environnement ont démontré que les éléments évalués étaient conformes.

Concernant les audits cliniques, la documentation encadrant les divers processus audités et les outils et formulaires qui en découlent étaient parfois incomplets. Il a également été noté que beaucoup de documentation structurante, utilisée par l'établissement, provient d'autres établissements ou instances sans avoir été adaptée à la réalité du CHSLD L.-B.-Desjardins Inc.

De façon générale, l'intégration des processus gagne à être consolidée afin d'assurer une documentation complète et à l'image de l'établissement, des évaluations, des outils cliniques et des notes aux dossiers considérant, qu'en plus des constats notés précédemment :

- Les notes aux dossiers sont généralement présentes, mais souvent sommaires. L'usage de liquide correcteur a également été observé dans 1 dossier, ce qui contrevient aux normes de documentation ;
- Les formulaires, lorsqu'utilisés, ne sont pas analysés à la suite des différentes cueillettes de données. Par conséquent, il est difficile d'apprécier le jugement clinique infirmier qui mène à la mise en place des interventions ;
- Les directives infirmières, concernant les PAB, ne sont pas systématiquement versées au plan de travail ou suffisamment claires pour permettre une compréhension de ce qui est attendu.

Ainsi, à la lumière des constats qui figurent à ce rapport et des résultats détaillés se retrouvant dans les annexes 1, 2, et 3, soit, respectivement les résultats d'observations cliniques, d'environnement et de dossier, il est attendu :

**De remettre au CISSS des Laurentides, d'ici 30 jours suivant la remise de ce rapport, un plan d'action adressant :**

- Les éléments avec la mention « Écarts observés » ;
- Un calendrier de formations, pour l'ensemble du personnel, concernant les protocoles et politiques suivantes :
  - Protocole d'hypoglycémie ;
  - Protocole à la suite d'une chute d'un résident ;
  - Protocole de non-retour après une visite extérieure ;
  - Politique de maltraitance ;
  - Politique de traitement des plaintes ;
- Les éléments portant sur l'évaluation et le suivi des SCPD ;
- Les éléments portant sur l'évaluation et le suivi des mesures de contrôle ;
- Les éléments portant sur l'évaluation et le suivi en gestion de la douleur.

**D'assurer la poursuite des démarches visant l'intégration complète des éléments avec la mention « Écarts observés » cités dans ce rapport, en considérant les pistes suivantes :**

- Renforcer les mécanismes de vigie visant la validation de l'intégration et le maintien de l'application des divers processus cliniques ;
- Consolider les connaissances des équipes de soins concernant l'ensemble des processus déployés ;
- Assurer une analyse globale de l'état des résidents faite à la lumière de l'ensemble des outils utilisés ;
- Assurer la présence de notes d'évolution complètes et respectueuses des meilleures pratiques et de la [norme d'exercice : documentation des soins infirmiers | OIIQ](#) ;
- Développer des documents d'encadrement propres à l'établissement, en se référant aux bonnes pratiques cliniques et en respect des normes et lignes directrices ministérielles.

Pour terminer, nous voulons souligner l'engagement des membres des équipes de soins qui ont collaboré à la démarche d'audit et pour leur dévouement auprès de la clientèle.