



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**Approches en gestion intégrée
des risques et en prévention
et contrôle des infections**

**Applicables au concept
des maisons des aînés
et des maisons alternatives**

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2023

ISBN : 978-2-550-93487-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2023

Rédactrices

Madame Brigitte Bouchard

Conseillère à la qualité
Direction de l'éthique et de la qualité

Madame Marie-Claude Laferrière

Conseillère à la qualité
Direction de l'éthique et de la qualité

Madame Andréa Yhamilet Fuentes

Conseillère en prévention et contrôle des infections
Direction de la prévention et du contrôle des infections dans les milieux de vie, hébergement et réadaptation en santé et services sociaux

Madame Cindy Miller

Conseillère en prévention et contrôle des infections
Direction de la prévention et du contrôle des infections dans les milieux de vie, hébergement et réadaptation en santé et services sociaux

Collaborateurs

Madame Lynda Fortin

Directrice générale adjointe
Direction générale adjointe de la qualité

Madame Diane Poirier

Directrice générale adjointe
Direction de la prévention et du contrôle des infections dans les milieux de vie, hébergement et réadaptation en santé et services sociaux

Madame Geneviève Landry

Directrice générale adjointe
Direction générale adjointe de la qualité, de la recherche et des affaires autochtones

Madame Katleen Busque

Directrice par intérim
Direction de l'éthique et de la qualité

Madame Sylvie Cayer

Directrice
Direction générale des aînés et des proches aidants

Madame Mélissa Giroux

Directrice
Direction de la prévention et du contrôle des infections dans les milieux de vie, hébergement et réadaptation en santé et services sociaux

Madame Isabelle Paquet

Technicienne en administration
Direction de l'éthique et de la qualité

Madame Marie-France LeBlanc

Révisseuse linguistique

Madame Nadia Abdelaziz

Coordonnatrice
Direction de la prévention et du contrôle des infections dans les milieux de vie, hébergement et réadaptation en santé et services sociaux

Madame Michèle Archambault

Coordonnatrice des travaux en proche aide
Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial

Madame Caroline Authier

Conseillère en prévention et contrôle des infections
Direction de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses

Monsieur Normand Boucher

Professeur associé, Université Laval
Chercheur d'établissement
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale et Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Monsieur Stéphane Bouffard

Évaluateur ministériel
Conseiller clinique-maison des aînés
Direction de la qualité des milieux de vie

Madame Dominique Charland

Commissaire-Conseil
Commissaire-conseil au régime d'examen
des plaintes

Monsieur William Jeannes

Conseiller stratégique
Direction des programmes en déficience,
trouble du spectre de l'autisme et réadaptation
physique

Madame Anne Lamontagne

Conseillère aux programmes
Direction des programmes en déficience,
trouble du spectre de l'autisme et réadaptation
physique

Monsieur Philippe Voyer

Professeur titulaire, Université Laval
Chercheur
Centre d'excellence sur le vieillissement
de Québec

Madame Ilhem Bouzida

Conseillère aux programmes
Direction des programmes en déficience,
trouble du spectre de l'autisme et
réadaptation physique

Madame Lydia Ingenito

Chargée de projet MDA MA
Direction générale des aînés et des proches
aidants

Madame Karine Labarre

Conseillère experte en soins gériatriques
et soins de proximité
Direction nationale des soins et services
infirmiers

Monsieur Christian-Olivier Paré

Adjoint exécutif
Bureau du sous-ministre adjoint
Direction générale des infrastructures, de la
logistique, des équipements et de
l'approvisionnement

Monsieur Éric Whittom

Pharmacien
Direction des affaires pharmaceutiques et du
médicament

Remerciements

Madame Amélie Babin

Chef de service intérimaire – Gestion de projets,
LEAN, accès et gestion documentaire
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Madame Dorothée Bilodeau

Chef de service
Gestion intégrée des risques et à la
prestation sécuritaire des soins et services
Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS)
de Chaudière-Appalaches

Monsieur Dominic Boudreau

Adjoint à la PDG
CISSS des Îles

Madame Sarah Beaulieu

Conseillère
Prévention et contrôle des infections
CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Madame Sara Boivin

Conseillère cadre
Gestion des risques
CISSS de l'Outaouais

Madame Sandra Cassivi Bouchard

Gestionnaire de risques
Coordonnatrice de l'agrément
CISSS de la Gaspésie

Madame Chantal Charrette

Conseillère en soins infirmiers
Service-gestion de la qualité et des risques
CISSS de la Montérégie-Centre

Madame Caroline Donais

Conseillère cadre – Pilote local SISSS
Bureau de gestion intégrée de la qualité et
des risques
CISSS de Laval

Madame Caroline Duchesne

Chef de service
Prévention et contrôle des infections,
Axe hébergement
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Madame Guylaine Fillion

Membre
Comité des usagers de Saint-Jérôme

Madame Roxanne Héroux

Chef de service
Gestion de la qualité et des risques
CISSS de la Montérégie-Ouest

Madame Annabelle Lahaie

Conseillère en soins
Prévention et contrôle des infections
CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier
universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Madame Julie Lavoie

Chef du service
Prévention et contrôle des infections
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Madame Annie Marceau

Conseillère cadre
Prévention et contrôle des infections
CISSS de la Montérégie-Ouest

Monsieur Julien Rajotte Udvarhelyi

Chef de service
Installations matérielles
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Madame Lori Côté

Infirmière clinicienne spécialisée en
prévention et contrôle des infections
Institut universitaire de cardiologie et de
pneumologie de Québec

Madame Élodie Dormoy

Directrice adjointe de la qualité, gestion des
risques et éthique
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Madame Manon Dugas

Conseillère cadre
Service – Qualité et prestation sécuritaire des
soins et services
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Madame Evelynne Grenier-Ouimette

Directrice générale adjointe
Programmes santé physique généraux et
spécialisés
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Monsieur Patrice Labeau

Conseiller cadre
Gestion des risques et de la qualité
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Madame Amélie Lajoie

Conseillère
Prévention et contrôle des infections
CISSS des Laurentides

Madame Céline Longpré

Présidente
Comité des usagers de Saint-Jérôme

Madame Maude Marchildon

Conseillère cadre
Gestion intégrée des risques
CISSS des Laurentides

Madame Josée Simard

Chef de service
Gestion intégrée des risques
CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Madame Carole Tavernier

Proche aidante
CISSS des Laurentides

Madame Rachel Tremblay

Chef de service
Service de la qualité organisationnelle
et de la gestion des risques
CISSS de Lanaudière

Madame Nathalie Tremblay

Directrice (intérim)
CISSS de la Côte-Nord

Monsieur Robert Tremblay

Résident du Centre d'hébergement
Notre-Dame-de-la-Merci

Table des matières

Table des matières	v
Liste des sigles	vii
Introduction	1
1. Changement de paradigme en gestion des risques	3
1.1. Le concept de gestion des risques (l'approche traditionnelle)	3
1.2. Le modèle de gestion des risques en MDA MA	4
1.2.1. La prise de risques calculés	4
1.2.2. La dignité du risque	5
1.3 Un processus de gestion des risques	5
1.4. La participation des personnes proches aidantes (PPA)	7
2. Obligation de déclaration des événements indésirables	8
2.1. Les prémisses essentielles à considérer	8
2.1.1. La mission	8
2.1.2. La prestation continue de soins et de services	8
2.1.3. Le statut de l'utilisateur	8
2.1.4. Les obligations légales	9
2.2. La déclaration d'un événement indésirable en MDA MA	9
2.3. Les événements indésirables à déclarer et les modalités de la déclaration	10
2.4. Les événements rapportés par des résidents ou des proches	11
2.5. La condition inhérente à l'utilisateur	11
2.6. Les événements répétitifs (chutes, automutilations, fugues)	11
2.7. Les agressions	13
3. Obligation de divulgation	14
3.1. La divulgation en présence de conséquences ou de conséquences appréhendées	14
3.2. La divulgation en l'absence de conséquences	14
3.3. La réalisation de la divulgation	14
3.4. La consignation de la divulgation au formulaire de déclaration	15
4. Principaux processus clés en MDA MA	16
4.1. La médication	16
4.2. L'éveil et le sommeil	17
4.3. Les soins d'hygiène personnelle	18
4.4. L'activité repas	19
5. PCI en MDA MA	20
5.1. L'adaptation des mesures de PCI en MDA MA	20
5.2. Le cadre de gestion des risques de PCI en MDA MA	21
Conclusion	23
Annexe I – Précisions sur les types d'événements à déclarer	24
Annexe II – Définition de l'échelle de gravité en vigueur au 1^{er} avril 2021	25

Annexe III – Tableau synthèse des principales mesures de PCI visées par les approches ministérielles en PCI pour les MDA MA	26
Annexe IV – Affiche des moments clés pour l'hygiène des mains	29
Annexe V – Exemple de recommandation de PCI en MDA MA.....	30
Bibliographie	31

Liste des sigles

Sigle	Signification
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DI	Déficiência intellectuelle
DP	Déficiência physique
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
EPI	Équipement de protection individuelle
ERPS	Évaluation du risque au point de service
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficiência physique de Québec
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MA	Maison alternative
MDA	Maison des aînés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PCI	Prévention et contrôle des infections
PPA	Personne proche aidante
RNIASSSS	Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins de santé et de services sociaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SHA	Solution hydroalcoolique
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

Introduction

Le concept de gestion des risques, longtemps associé uniquement à la prestation sécuritaire de soins et de services, place l'usager au centre de plusieurs parties prenantes de l'établissement qui agissent, de part et d'autre comme des systèmes spécifiques de gestion des risques, qui sont basés sur des normes spécifiques ou des dispositions législatives. Dorénavant, la culture de gestion intégrée des risques repose sur l'action coordonnée de tous les acteurs afin d'assurer la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins et des services fournis¹. La gestion intégrée des risques concerne tous les aspects de la sécurité. Nous pensons ici à la prévention et au contrôle des infections (PCI), à la gestion des ressources humaines, à la gestion des ressources matérielles, etc.

Avec la création des maisons des aînés (MDA) et des maisons alternatives (MA), une réflexion s'impose sur la manière dont la gestion des risques et la PCI pourront s'appliquer dans ces milieux dont l'environnement physique s'apparente davantage au domicile. Il importe de préciser que les MDA MA accueilleront une population présentant une certaine hétérogénéité et des besoins complexes. Tout comme les résidents admis en CHSLD, la plupart des résidents qui vivront en MDA seront en grande perte d'autonomie et présenteront, dans une proportion d'environ 75 %, des troubles neurocognitifs majeurs². Les MA accueilleront des personnes qui vivent une situation de handicap en raison d'une déficience physique [DP], une déficience intellectuelle [DI] ou un trouble du spectre de l'autisme [TSA] et qui ont besoin de soutien et de soins que les ressources existantes dans la communauté ne peuvent assurer³.

Les MDA MA mettront de l'avant les principes directeurs énoncés dans la *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*⁴ par une approche basée sur l'autodétermination et adaptée aux besoins des adultes et de leurs proches, tout en soutenant l'intégration des milieux de vie dans la communauté.

Ainsi, dans le présent document, deux grandes réflexions sont menées. La première porte sur la gestion des risques. Nous présentons le changement de paradigme à considérer en proposant un processus de gestion des risques pour soutenir la réflexion et l'action. Nous précisons ensuite comment les obligations de déclaration des événements indésirables et de divulgation s'appliqueront dans ce contexte, en conformité avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)⁵. Nous poursuivons en proposant des approches précises pour assurer une gestion des risques en MDA MA, en portant une attention particulière aux quatre processus clés que sont la médication, l'éveil et le sommeil, les soins d'hygiène personnelle ainsi que l'activité repas.

Notre seconde réflexion porte sur la PCI. Considérant la gestion intégrée des risques et l'importance à accorder aux mesures de PCI pour assurer la qualité et la sécurité des soins et des services aux résidents, nous dégageons des approches spécifiques en PCI. Ces approches permettront l'adaptation des mesures de PCI aux MDA MA. Enfin, un cadre de gestion du risque en PCI sera détaillé afin d'aider à définir la gradation du risque et les principales mesures de PCI attendues.

¹ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (s. d.), *Guide de la gestion intégrée des risques*, Montréal, L'Association, 82 p. Également disponible en ligne : <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2466587>.

² INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2018). *Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie*, [En ligne], Québec, L'Institut, 110 p. [www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550824763.pdf].

³ CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (s. d.), *Maison des aînés et maison alternative*, [En ligne]. [<https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/obtenir-un-service/vivre-avec-une-perte-dautonomie-et-services-aux-personnes-agees/maison-des-aines-et-maison-alternative>] (Consulté le 12 mai 2022).

⁴ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2018), *op.cit.*

⁵ QUÉBEC (2022a), *Loi sur les services de santé et les services sociaux : chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} février 2022*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec. [<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2>].

Tout au long du document, le lecteur sera guidé au moyen d'encadrés résumant du contenu, rappelant certains points ou apportant des précisions.

Rappelons que les présentes approches s'adressent spécifiquement aux intervenants, aux gestionnaires et aux médecins qui oeuvrent auprès des clientèles des MDA MA. Ces approches s'appuient sur les lignes directrices du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) portant sur la déclaration des incidents et des accidents, lesquelles ont été révisées en 2020⁶.

⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020), *Déclaration des incidents et des accidents : lignes directrices*, [En ligne], Québec, Le Ministère, 29 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-735-01W.pdf>].

1. Changement de paradigme en gestion des risques

Les MDA MA sont des milieux d'hébergement pour les personnes âgées et les personnes avec des besoins spécifiques qui se veulent « normalisants » et s'apparentant au domicile du résident. Ces milieux et l'approche qui y est préconisée placent le résident au centre des décisions. L'autodétermination de celui-ci et son droit de faire des choix qui le concernent entraînent nécessairement une adaptation du concept de gestion des risques.

Afin d'apprécier l'ampleur du changement de paradigme attendu avec les MDA MA, deux approches de gestion des risques sont à considérer. Il y a lieu de bien saisir le concept de gestion des risques tel que nous le connaissons (l'approche traditionnelle) et de découvrir un nouveau modèle de gestion des risques applicable au concept des MDA MA.

1.1. Le concept de gestion des risques (l'approche traditionnelle)

« Dans son sens traditionnel, la “gestion des risques” fait référence à une approche préventive qui vise à “réduire ou éliminer les risques qu’une situation causant des dommages se produise”⁷. »

Le concept de gestion des risques en prestation sécuritaire de soins et de services est celui prescrit par la LSSSS⁸. La déclaration des incidents et des accidents, mais aussi la divulgation des accidents sont les principaux mécanismes qui découlent de ce concept et qui permettent d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services fournis aux usagers. Il s'agit d'une approche non punitive et bien connue des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). C'est l'approche qu'on leur enseigne depuis les 20 dernières années. Cette approche permet de :

- Connaître les événements indésirables survenus (incidents et accidents).
- Connaître les défaillances des processus de l'établissement en cause.
- Faire l'analyse des incidents et des accidents ainsi que de leurs défaillances.
- Mettre en place des mesures correctives et préventives pour éviter la récurrence des événements.
- Divulguer à l'utilisateur l'accident dont il a été victime, lorsque cela est requis.
- Offrir à l'utilisateur ou à ses proches des mesures de soutien, s'il y a lieu⁹.

En somme, cette approche permet aux intervenants du RSSS de gérer les risques ou de les éviter.

⁷ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2020), *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, [En ligne], Québec, L'Institut, p. 51. [https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Conciliation_CHSLD_Etat_pratiques_2020.pdf].

⁸ QUÉBEC (2022a), *op. cit.*

⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020), *op. cit.*, p. 4.

1.2. Le modèle de gestion des risques en MDA MA

1.2.1. La prise de risques calculés

En MDA MA, il faut repenser le concept de gestion des risques et son application afin de s'assurer de prendre en compte les choix du résident et de ses proches.

« Les proches sont tous ceux et celles qui font partie de l'entourage d'une personne et avec qui elle entretient un lien, qu'il soit de parenté, de filiation ou non. Il peut s'agir d'une relation amicale, de voisinage, de travail, de couple avec ou sans statut juridique, familial, etc. Ainsi, le lien qui les unit, la nature de la relation et la fréquence des contacts sont diversifiés. Parmi ces proches, certains assumeront un rôle et des responsabilités particulières, par exemple à titre de représentant légal d'une personne déclarée inapte¹⁰. »

Repenser le concept de gestion des risques en MDA MA peut impliquer de développer une certaine attitude de tolérance pour prendre des risques calculés après une analyse avec toutes les parties prenantes, permettant ainsi de concilier la sécurité du résident avec sa qualité de vie. Pour ce faire, il est important de distinguer la possibilité ou la probabilité qu'un événement puisse survenir et la certitude qu'un événement surviendra. C'est à partir de cette réflexion que la gestion des risques calculés doit être réalisée.

« Dans l'optique de réduire les tensions entre l'intégrité physique et les besoins émotionnels de la personne hébergée, l'expression "gestion des risques" est utilisée ici davantage dans une perspective d'ouverture à la prise de risques "calculés", en tenant compte des valeurs et préférences du résident. [...] C'est ce que certains auteurs appellent la "dignité du risque"¹¹. »

Ce changement de paradigme amène davantage les intervenants à :

- Accepter que le risque zéro n'existe pas.
- Respecter les préférences individuelles et les besoins des résidents (lors des soins d'hygiène personnelle, des repas, du sommeil, des soins ou traitements, etc.).
- Atténuer les risques par l'application de mesures afin d'éviter la récurrence et la survenue de conséquences.
- Discuter du ou des risques avec le résident, mais aussi avec ses proches dès l'admission et favoriser la participation du résident aux décisions pour obtenir son consentement au plan d'intervention proposé.
- Adopter une certaine attitude de tolérance et une prise de risques calculés tout en conciliant la sécurité du résident avec sa qualité de vie¹².

Rappelons que la prise de risques calculés est toujours réalisée en respect des normes de pratique ou des normes professionnelles qui contribuent à la sécurité du résident.

¹⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021a). *Des milieux de vie qui nous ressemblent : Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*, [En ligne], Québec, Le Ministère, p. 35. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>].

¹¹ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2020), *op. cit.*, p. 51.

¹² *Ibid.*

1.2.2. La dignité du risque

La *Politique ministérielle d'hébergement et de soins et services de longue durée* publiée en 2021 définit la dignité du risque : « La dignité pour les personnes vivant en hébergement **permet la prise de risque** (une liberté reconnue et permise), pourvu que ce risque :

- soit le résultat d'un consentement libre et éclairé ou d'un consentement substitué pour un majeur inapte;
- soit empreint de sens pour le résident, ses proches (lorsque pertinent) et son milieu socioculturel d'appartenance;
- n'entraîne pas de conséquence néfaste pour les autres¹³. »

Dans certaines situations, la gestion des risques peut faire entrave à la dignité et à l'autodétermination du résident. Il faudra alors accepter de composer avec certains risques qui sont moindres que ceux imposés par la situation. Le milieu d'hébergement ne peut être exempt de tout risque.

Résumé	• En MDA MA, le concept de gestion des risques repose sur une prise de risques calculés, en fonction des valeurs et préférences du résident, et favorise la conciliation entre sa sécurité et sa santé ainsi que sa qualité de vie, son autonomie et sa liberté. • L'approche centrée sur la personne et ses besoins repose sur la connaissance et le respect des valeurs et préférences des résidents. • La prise de décision partagée implique que les décisions relatives aux soins et aux habitudes de vie sont prises en collaboration avec le résident (même s'il présente des troubles cognitifs), avec ses proches et l'équipe interdisciplinaire¹⁴. • Le milieu d'hébergement ne peut être exempt de tout risque.
---------------	---

1.3 Un processus de gestion des risques

Mettre en place la gestion des risques en MDA MA ne correspond pas à renoncer aux initiatives visant à assurer la sécurité des résidents. Au contraire, il s'agit plutôt de relativiser la notion de risques, en y reconnaissant également leurs effets positifs¹⁵.

Pour ce faire, il y a lieu de toujours se demander ce que ferait le résident s'il était à domicile et ce qui serait considéré comme « acceptable » pour lui ou ses proches. Nous inspirant des travaux de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)¹⁶, mais aussi de ceux réalisés par Cortin et autres¹⁷ ainsi que par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux¹⁸, nous pouvons déterminer les étapes du processus de gestion des risques.

Ces étapes sont présentées dans le tableau 1.

¹³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021a), *op.cit.*, p. 15.

¹⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021a), *op.cit.*, p. 56.

¹⁵ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2020), *op. cit.*, p. 51.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ V. CORTIN et autres (2016), *La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence*, [En ligne], [Québec], L'Institut, 87 p.

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2106_gestion_risques_sante_publique.pdf].

¹⁸ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (s. d.), *op. cit.*

Tableau 1 – Étapes du processus de gestion des risques

Évaluation du contexte

Considérer le résident dans un continuum de vie.
Tenir compte de ses préférences et valeurs.
Établir le seuil de tolérance aux risques du résident, de ses proches, de son représentant et de l'établissement.

Identification, analyse et évaluation du risque

Nommer le risque et le relativiser.
Reconnaître ses effets négatifs et positifs possibles.

Consultation des parties prenantes concernées (résident, proches, représentant, équipe interdisciplinaire)

Se demander ce que ferait la personne si elle était à domicile pour identifier le risque acceptable.
Consulter l'équipe pour tenir compte du niveau d'intervention médicale du résident.
Considérer les conditions de santé propres au résident dans l'évaluation clinique.
Considérer les normes professionnelles pour évaluer comment il serait possible d'envisager de soutenir la prise de « risques calculés ».
Réaliser un plan d'intervention interdisciplinaire.

Communication des risques aux parties prenantes, de manière transparente et en permettant le dialogue

Aviser le résident, ses proches et son représentant des risques possibles qui pourraient survenir.
Obtenir leur consentement aux risques analysés comme « acceptables ».

Décision

Prendre un risque calculé.
Atténuer le risque le plus possible pour en minimiser les conséquences.
Réaliser la prise de décision avec l'ensemble des parties prenantes.
Laisser la décision définitive au résident ou à son représentant.
Faire preuve de créativité et d'innovation pour prendre un risque calculé qui réponde aux préférences et valeurs du résident, sans affecter sa sécurité ou celle des autres.

Mise en œuvre et suivi

S'assurer du respect des normes professionnelles lors de la réalisation du plan d'intervention.
Assurer un suivi régulier de l'évaluation des risques et noter les résultats au dossier du résident.
Mesurer et ajuster les actions (processus continu à notifier au dossier lorsque les besoins évoluent).
S'assurer de déclarer les incidents et les accidents qui pourraient survenir et de divulguer les accidents lorsque cela s'applique.
(Ces notions seront précisées aux chapitres 2 et 3 suivants).

1.4. La participation des personnes proches aidantes (PPA)

En conformité avec la *Politique nationale pour les personnes proches aidantes*¹⁹, la participation des PPA aux soins et aux services dispensés aux résidents des MDA MA est encouragée dans toutes les activités du quotidien, que ce soit lors des repas, des soins d'hygiène personnelle ou de toute autre activité.

Certaines PPA participeront à la dispensation des soins particuliers aux résidents, à leur demande ou tout simplement par souci de continuité avec les habitudes de vie. Dans ces situations, en conformité avec l'article 39.6 du Code des professions²⁰, les spécifications suivantes s'appliquent :

- Les PPA sont autorisées à effectuer des activités de soins habituellement réservées aux professionnels. Aucune restriction n'est prévue pour préciser les lieux ou la nature des activités de soins autorisées.
- Comme les MDA MA sont des installations de l'établissement au sens de la LSSSS et qu'elles ont une mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), elles sont investies d'une responsabilité envers les résidents qu'elles accueillent. Les soins dispensés aux résidents demeurent sous la responsabilité de l'établissement.
- Les PPA doivent acquérir préalablement les compétences requises pour assurer les soins et les services.
- Il revient aux établissements de déterminer la contribution possible des PPA aux soins. Même si l'établissement le permet, le personnel de l'équipe interdisciplinaire pourrait juger que la contribution d'une PPA n'est temporairement pas possible à la suite de l'évaluation clinique du résident.
- Les soins dispensés par les PPA doivent faire partie intégrante du plan de traitement du résident et être modifiables en tout temps.

¹⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021c). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes*, [En ligne], Québec, Le Ministère, 60 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-01W.pdf>].

²⁰ QUÉBEC (2017). *Code des professions : chapitre C-26, à jour au 30 mai 2017*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec. [<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/C-26>].

2. Obligation de déclaration des événements indésirables

2.1. Les prémisses essentielles à considérer

Plusieurs prémisses essentielles à considérer reposent sur la constitution même des MDA MA et viennent préciser la manière d'appliquer les obligations légales.

2.1.1. La mission

Les MDA MA sont des installations au permis d'un établissement public, lesquelles correspondent à la mission de CHSLD, confirmée et définie à l'article 83 de la LSSSS. Elles sont donc soumises aux obligations légales qui en découlent lors de la prestation sécuritaire des soins et des services, et ce, même si leur constitution s'apparente au domicile.

2.1.2. La prestation continue de soins et de services

On considère que les résidents des MDA MA reçoivent une prestation continue de soins et de services, compte tenu de leur profil. L'accompagnement par l'équipe débute dès l'admission du résident et se termine lors du départ ou du transfert de celui-ci dans une autre installation ou ressource. Le seul moment où il y a une interruption momentanée de l'épisode du résident demeure lors des moments prévus pour une sortie temporaire non supervisée par l'établissement. Rappelons que :

- L'obligation de déclaration des incidents et des accidents s'applique durant la prestation de soins ou de services.
- Une prestation de soins ou de services se concrétise par exemple lorsqu'un intervenant intervient auprès d'un résident, lorsqu'un plan d'intervention est réalisé ou lorsqu'un soin ou un service rendu est noté au dossier.
- L'obligation de déclaration ne s'applique pas pour un événement indésirable qui surviendrait durant une sortie temporaire et dont les causes n'impliquent pas les processus de l'établissement. Si un événement indésirable survenait durant une sortie temporaire, celui-ci serait toutefois consigné au dossier du résident.
- L'obligation de déclaration s'applique pour un événement indésirable associé aux processus de l'établissement en cause lors de la préparation d'une sortie temporaire (ex. : mauvaise médication remise pour le congé, omission de remettre un équipement d'aide à la marche, etc.).

2.1.3. Le statut de l'usager

En gestion des risques, le statut de l'usager fournit aussi plusieurs indices sur l'obligation de déclarer un événement indésirable ou non. Il indique souvent le type de prestation de soins ou de services que l'usager reçoit (en continu ou avec interruptions).

Un résident est admis dans un établissement « [...] lorsque son état nécessite une hospitalisation ou un hébergement, que les formalités applicables sont remplies et qu'[il] occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement²¹ ». Le statut du résident en MDA MA correspond à un usager admis, et la déclaration des incidents et des accidents est systématique et obligatoire pour les résidents admis.

²¹ QUÉBEC (2022c). *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, S-5, r. 5, à jour au 1^{er} janvier 2022, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, art. 22. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5,%20r.%205/].

2.1.4. Les obligations légales

La prestation sécuritaire des soins et des services repose sur des obligations légales à respecter, en conformité avec la LSSSS. Parmi ces obligations, les principales qui concernent l'ensemble des intervenants et des médecins en MDA MA sont :

- L'obligation de déclaration des incidents et des accidents.
- L'obligation de verser au registre national des incidents et des accidents (Système d'information sur la sécurité des soins et des services [SISSS]) les données déclarées.
- La divulgation des accidents.

Les résidents et leurs proches sont des partenaires importants dans le processus de déclaration des incidents et des accidents. Leur aide est à considérer dans l'identification de tout événement indésirable survenu lors de la prestation de soins ou de services en MDA MA. Nous préciserons ultérieurement comment favoriser leur participation.

Les intervenants et médecins connaissent la portée des obligations légales en matière de prestation sécuritaire des soins et des services et sont soucieux d'offrir des soins et des services de qualité et sécuritaires en tout temps.

Résumé	• La prestation sécuritaire des soins et des services est importante. • La déclaration des incidents et des accidents est obligatoire, même en MDA MA. • La divulgation des accidents est obligatoire.
---------------	--

2.2. La déclaration d'un événement indésirable en MDA MA

Étant donné son importance et son rôle dans l'amélioration de la sécurité des soins et des services aux usagers, le mécanisme de déclaration des incidents et des accidents précisé à l'article 233.1 de la LSSSS s'applique également en MDA MA :

« Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l'utilisateur²². »

Ainsi, les *lignes directrices du MSSS portant sur la déclaration des incidents et des accidents*, publiées en 2020, s'appliquent²³. Avec le changement de paradigme et de culture vécus en MDA MA, la prise de certains risques calculés pour le résident entraîne un questionnement logique sur les risques qui contribuent à la survenue d'un événement indésirable à déclarer.

- Une évaluation des circonstances qui prédisposent à l'événement indésirable doit être faite afin d'évaluer si l'événement était prévisible et attendu selon les habitudes de vie du résident.
- L'événement à déclarer doit être indésirable, inattendu et non prévisible.

²² QUÉBEC (2022a), *op. cit.*, art. 233.1.

²³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020), *op. cit.*

2.3. Les événements indésirables à déclarer et les modalités de la déclaration

Puisque l'obligation légale de déclaration s'applique aux MDA MA, les consignes provenant des lignes directrices portant sur la déclaration des incidents et des accidents du MSSS²⁴ s'appliquent.

Ainsi :

- L'utilisation du formulaire *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident*, ci-après nommé le formulaire AH-223-1,²⁵ est obligatoire pour toute déclaration d'un événement indésirable en MDA MA, quel que soit le support utilisé (support papier ou support électronique).
- La déclaration électronique faite dans le système d'information SISSS doit être imprimée, signée et versée au dossier du résident.
- Si le dossier du résident est complètement informatisé, il faut se référer aux règles établies par l'établissement pour verser la déclaration électronique au dossier de celui-ci.

La personne qui fait la déclaration utilise le formulaire AH-223-1 pour déclarer le fait observé ou constaté. Les causes, la gravité, les mesures de prévention de la récurrence ainsi que le processus de divulgation relèvent de l'analyse de l'événement réalisée par le gestionnaire responsable du suivi.

En MDA MA, les caméras de surveillance sont utilisées comme des outils cliniques additionnels. Celles-ci permettent d'observer des événements indésirables comme les chutes, les états de détresse et d'agitation ainsi que les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. De plus, elles permettent de respecter les périodes d'éveil et de sommeil des résidents. Elles contribuent également à l'identification de certains facteurs causals. Par conséquent, elles révèlent une qualité d'information utile à l'observation et au constat d'un événement indésirable.

Tous les types d'événements suivants sont à déclarer en MDA MA. Il s'agit des mêmes types d'événements indésirables que ceux qui sont déclarés dans les autres missions des établissements :

- Chutes, quasi-chutes;
- Erreurs de médicament / traitement-intervention / diète;
- Erreurs de tests diagnostiques (laboratoire);
- Problèmes de matériel, d'équipement, de bâtiment ou d'effets personnels;
- Problèmes d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation;
- Autres types d'événements : fugue / disparition, tentative de suicide, problème lié aux mesures de contrôle, blessure d'origine inconnue, plaie de pression, etc.

Un tableau présenté à l'annexe I rappelle les précisions et circonstances des événements à déclarer au formulaire AH-223-1. Un plan d'intervention spécifique à chaque résident permet aussi d'encadrer ce qui est attendu comme comportements et situations pour celui-ci. La famille et les proches doivent être avisés que certaines situations indésirables pourraient survenir en MDA MA, puisque le milieu est normalisant et qu'il s'apparente au domicile. Le résident est libre de circuler dans les espaces partagés. Il pourrait plus facilement faire l'objet d'un événement indésirable.

L'autonomie et la participation du résident sont encouragées dans toutes les activités de la vie quotidienne et dans les activités de la vie domestique. De plus, si un événement indésirable survenait lors d'une telle activité, il faudrait évaluer si l'événement indésirable était évitable et associé à un processus de l'établissement. Par exemple, si un résident se blessait involontairement de façon superficielle avec

²⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020), *op. cit.*

²⁵ Le formulaire AH-223-1 peut être consulté à l'adresse suivante :

[msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/a9b0958ceee59c7685256e2a0052d887/d11170ca3d62f0be85257ca2005faf94/\\$FILE/AH-223-1_DT9034%20\(2021-02\)%20aper%C3%A7u.pdf](https://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/a9b0958ceee59c7685256e2a0052d887/d11170ca3d62f0be85257ca2005faf94/$FILE/AH-223-1_DT9034%20(2021-02)%20aper%C3%A7u.pdf).

un ustensile lors de la préparation d'une collation, pendant une activité supervisée, il ne s'agirait pas d'un événement indésirable à déclarer.

Résumé	On déclare au formulaire AH-223-1 un événement indésirable, évitable, relié à un processus défaillant de l'établissement pour une durée délimitée (prestation de soins ou de services).
---------------	---

2.4. Les événements rapportés par des résidents ou des proches

Le MSSS encourage les résidents et leurs proches à rapporter des événements indésirables survenus afin que ceux-ci soient déclarés. Ceux-ci sont considérés comme des partenaires importants : leur savoir et leur apport en matière de gestion des risques sont reconnus²⁶. Les précisions relatives à la déclaration de ces événements sont contenues dans les *lignes directrices du MSSS portant sur la déclaration des incidents et des accidents*²⁷.

2.5. La condition inhérente à l'usager

« Cette expression désigne une situation où le diagnostic ou encore l'évolution de l'état de l'usager sont à l'origine d'événements indésirables, lesquels ne sont pas directement reliés à la prestation de soins et de services²⁸. »

Les exemples de situations suivantes sont inhérents à la condition du résident :

- Un résident souffrant de sclérose en plaques a une démarche chancelante et un pied tombant qui le font chuter régulièrement.
- Un résident ayant un trouble neurocognitif majeur à corps de Lewy présente un problème vasculaire, lequel le rend à risque de chuter, et ce, dès le début de sa maladie.

Ces situations ne sont pas considérées comme des accidents et ne doivent pas être déclarées au formulaire AH-223-1. Ces situations sont inhérentes à la condition du résident et non à un processus défaillant de l'établissement.

Si une déclaration a été complétée et qu'elle était en lien avec une condition inhérente au résident, le questionnaire peut retirer celle-ci. Il lui accorde le statut de déclaration « non-couverte » dans le SISSS, ce qui annule sa saisie.

2.6. Les événements répétitifs (chutes, automutilations, fugues)

Les événements répétitifs tels que les chutes, les automutilations et les fugues (risques d'égarement) sont souvent à l'origine de conséquences plus ou moins graves pour les résidents. Souvent reliés à la condition du résident si celui-ci présente des déficiences ou des pertes cognitives, par exemple, ces événements ne peuvent être totalement éliminés par l'établissement.

La description des événements répétitifs précisés par les lignes directrices du MSSS s'applique en MDA MA²⁹.

²⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2018a), *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*, [En ligne], Québec, Le Ministère, 38 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>].

²⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020), *op. cit.*, 29 p.

²⁸ *Ibid.*, p. 13.

²⁹ *Ibid.*, p. 16.

En résumé, pour éviter de faire une déclaration à chaque fois, il faut :

- Réaliser une évaluation préalable du risque, mise à jour en fonction de l'évolution de l'état du résident.
- Élaborer un plan d'intervention en fonction de ce risque, qui inclut des mesures de prévention.
- Rédiger des notes au dossier sur les circonstances qui ont justifié l'application du plan d'intervention et sur ses effets.
- Réviser fréquemment l'évaluation du risque et les mesures applicables³⁰.

Lorsque les circonstances d'un événement ou lorsque les conséquences sont analogues à ce qui est connu pour le résident, ces situations sont qualifiées de « répétitives » et ne doivent pas être déclarées.

Précisions sur le chuteur répétitif³¹	Les critères suivants doivent être considérés pour déterminer si le résident est un chuteur répétitif : • Le résident est hébergé depuis plus de 60 jours. • Il est connu comme un chuteur répétitif. • L'incidence de chutes répétées est d'au moins une chute par semaine, et les chutes répétées sont notées au dossier. • Le résident ou sa famille connaissent le risque de chutes et le considèrent comme un événement prévisible. • Une évaluation préalable du risque a été réalisée, et un plan d'intervention a été élaboré en fonction de ce risque. Le risque de chutes devient alors prévisible, et la chute ne doit pas faire l'objet d'une déclaration systématique, sauf si les circonstances ou les conséquences sont différentes ou plus importantes.
--	---

En MDA MA, il faut :

- Obtenir l'approbation du résident ou celle de son représentant à l'égard du plan d'intervention retenu. Cette approbation est obligatoire.
- Aviser les proches ou le représentant du résident de l'évaluation du risque effectuée et des conséquences possibles.
- Déterminer avec les proches ou le représentant du résident de quelle manière ceux-ci souhaitent être avisés chaque fois qu'une conséquence survient ou chaque fois que l'événement génère une conséquence plus grave et différente.
- Noter au dossier du résident le résultat des échanges réalisés avec les proches ou le représentant.

³⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020), *op. cit.*, p. 16.

³¹ *Ibid.*

2.7. Les agressions

« Une agression désigne un comportement, ou opposition, avec force et hostilité. Elle peut survenir avec ou sans provocation³². » En MDA, les résidents sont libres de circuler dans les espaces partagés. Ils peuvent donc être en relation avec un autre résident qui pourrait avoir des comportements agressifs. Le résident et ses proches doivent être avisés de cette possibilité. En MA, les critères d'admissibilité excluent les personnes ayant des troubles graves de comportement. Les situations d'agression y seraient plus rares, mais tout de même possibles.

En MDA MA, les résidents présentent les critères requis obligeant à un signalement au commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement si une situation d'agression avec blessure survenait. De plus, comme le résident blessé est une personne hébergée dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS, il s'agit d'un événement qui répond aux conditions du signalement obligatoire prévu dans la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Ce type d'événement doit être signalé au commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

En MDA MA, le signalement au commissaire aux plaintes et à la qualité des services des cas de maltraitance comme les événements d'agression avec blessure est obligatoire. L'équipe clinique, quant à elle, demeure responsable de la gestion de la situation d'agression.

³² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (s. d.). *Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident – AH-223-1*, [En ligne]. [<https://sptsss.com/media/PDF/AH-223.pdf>] (Consulté le 14 juin 2022).

3. Obligation de divulgation

En vertu de la LSSSS, la divulgation des accidents est un droit pour l'utilisateur et une obligation pour l'établissement :

« [L'utilisateur] a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident³³. »

3.1. La divulgation en présence de conséquences ou de conséquences appréhendées

Même si la constitution des MDA MA s'apparente au domicile, celles-ci sont des installations inscrites au permis d'un établissement public, lesquelles sont soumises aux obligations légales. La divulgation des accidents s'applique lorsqu'un accident est survenu et qu'il est susceptible d'entraîner des conséquences (gravité D) ou lorsque des conséquences réelles sont confirmées (gravité E1 et plus). L'échelle de gravité des événements indésirables est présentée à l'annexe II.

3.2. La divulgation en l'absence de conséquences

Lorsque le résident n'a subi aucune conséquence, la divulgation de l'accident devient facultative, et il appartient à l'établissement d'en déterminer les modalités. Toutefois, si des examens ou des tests sont nécessaires pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquences à la suite d'un accident (gravité D et plus), on doit obtenir un consentement éclairé pour ces procédures, ce qui rend la divulgation incontournable.

La réalisation de la divulgation même en l'absence de conséquences augmente la confiance entre les résidents, les proches et l'équipe interdisciplinaire. Elle témoigne d'une ouverture et de beaucoup de transparence dans la prestation sécuritaire des soins et des services.

3.3. La réalisation de la divulgation

La divulgation doit être faite dès qu'elle est possible après l'événement ou dès que l'état du résident le permet. Si celui-ci n'est pas en état, la divulgation sera faite à la personne qui peut consentir à ses soins, car un consentement aux soins à dispenser est nécessaire.

Le fait d'informer un proche qu'un accident est survenu ne constitue pas une divulgation en soi. Il s'agit d'une démarche préliminaire à la réalisation d'une divulgation.

Il faut porter une attention particulière pour bien connaître le représentant légal du résident et s'assurer que la divulgation lui a été faite. Les proches présents auprès du résident peuvent parfois être différents de son représentant légal. Une bonne connaissance du représentant légal contribuera au maintien de bonnes relations avec les membres de la famille.

Il faut déterminer avec le représentant légal de quelle manière celui-ci souhaite être avisé chaque fois qu'une conséquence survient ou chaque fois que l'événement génère une conséquence plus grave et différente. La consignation de ces situations au dossier ne doit pas être négligée.

³³ QUÉBEC (2022a), *op. cit.*, art. 8.

3.4. La consignation de la divulgation au formulaire de déclaration

La divulgation réalisée doit être spécifiée à la section 13 du formulaire AH-223-1. Un formulaire spécifique pour consigner la divulgation réalisée est aussi disponible dans le SISSS ou en version papier. Il s'agit du formulaire *Rapport de divulgation d'accident*, ci-après nommé le formulaire AH-223-3. L'utilisation de ce dernier formulaire est facultative. Si celui-ci n'est pas utilisé, une note au dossier doit être rédigée dans les notes évolutives. Cette note doit inclure les précisions suivantes :

- Nom de la personne qui a procédé à la divulgation.
- Nature de l'accident et faits divulgués au résident, à ses proches ou à son représentant.
- Conséquences immédiates connues ou appréhendées.
- Soins proposés ou déjà fournis à la suite de cet événement pour en contrer ou en diminuer les effets (mesures immédiates mises en place pour assurer la sécurité du résident).
- Mesures de prévention qui ont été mises en place ou qui sont à venir pour éviter la récurrence de ce type d'événement.
- Mesures de soutien offertes par l'établissement au résident ou à ses proches, s'il y a lieu.

Résumé	La divulgation des accidents est obligatoire lorsqu'il y a présence de conséquences ou lorsque des conséquences sont appréhendées et susceptibles de se manifester à court, à moyen ou à long terme.
---------------	--

4. Principaux processus clés en MDA MA

Plusieurs situations peuvent contribuer à la survenue d'un événement indésirable en MDA MA. Dans la présente section, nous nous attardons à quatre processus clés à considérer pour assurer une prestation de soins et de services optimale en MDA MA. Ces processus retiennent principalement notre attention lorsque nous considérons la gestion des risques qui les entoure. Ces processus clés sont les suivants :

- La médication (ex. : transport des médicaments, préparation des médicaments à la chambre, administration des médicaments au résident).
- L'éveil et le sommeil du résident (ex. : respect des portes fermées, respect de l'absence de tournées régulières à la demande du résident).
- Les soins d'hygiène personnelle du résident (ex. : type d'assistance requise, fréquence du bain).
- L'activité repas (ex. : habitudes d'heures de repas et de collations, consommation d'alcool, partage de repas avec les proches).

La révision des pratiques et des façons de faire est une occasion pour mieux répondre aux besoins des résidents des MDA MA. Rappelons-nous qu'il y a lieu de personnaliser les soins et les services en fonction des besoins individuels des résidents. Un certain équilibre doit être recherché entre la sécurité et la qualité de vie des résidents. Ainsi, les différents intervenants doivent faire preuve de créativité et d'innovation pour assurer la sécurité du résident. Les principes à respecter en lien avec une prestation sécuritaire de soins et de services sont précisés pour chacun des processus clés retenus.

4.1. La médication

La gestion des médicaments repose sur les normes professionnelles d'administration sécuritaire des médicaments. La préparation des médicaments par la pharmacie et l'administration des médicaments doivent se faire de manière sécuritaire, en conformité avec les normes professionnelles établies, notamment celles de l'Ordre des pharmaciens du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, du Collège des médecins du Québec ainsi que de l'organisme d'agrément reconnu³⁴.

Les principes suivants sont à respecter en lien avec la gestion des risques :

- L'administration des médicaments doit viser une conciliation optimale entre la sécurité du résident et sa qualité de vie.
- En MDA MA, les médicaments sont conservés dans un lieu sécurisé à la chambre du résident, et leur administration repose sur un mode de distribution défini dans le respect des habitudes de sommeil et d'éveil du résident.
- Les médicaments distribués hors de la chambre sont conservés d'une manière sécuritaire et ne sont pas accessibles aux autres résidents.
- Le pharmacien et l'équipe soignante établissent l'horaire d'administration des médicaments en collaboration avec le résident, de manière à regrouper les heures d'administration des médicaments tout en respectant les heures de sommeil, le plus possible³⁵.

³⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021b). *Orientations ministérielles : maisons des aînés et maisons alternatives : offre de soins et de services pharmaceutiques pour favoriser une qualité de vie comme à la maison*, Québec, Le Ministère, p. 12. [Document interne].

³⁵ *Ibid.*, p. 11.

- L'automédication est possible dans certaines situations. Celles-ci sont à évaluer par l'équipe soignante. Les approches ministérielles (2021) portant sur l'offre de soins et de services pharmaceutiques en MDA MA précisent ces situations³⁶, qui sont les suivantes :
 - Le résident possède la capacité physique et mentale lui permettant de comprendre sa médication et de s'administrer ses médicaments. Dans ce contexte, comprendre sa médication signifie que le résident comprend qu'il prend des médicaments en lien avec ses pathologies, mais il n'a pas besoin de connaître spécifiquement le nom de chaque médicament qu'il prend et la raison précise pour laquelle il les prend. La compréhension de la médication est globale plutôt que précise;
 - Le résident est en mesure de reconnaître ses médicaments, de les identifier et d'en préciser le nombre.
- Lors de l'automédication, les médicaments sont conservés dans un endroit barré à la chambre du résident.
- Le résident, son représentant ou ses proches consentent au plan proposé et acceptent les risques qui pourraient survenir.
- La déclaration des erreurs de médication survenues en MDA MA s'applique en concordance avec les obligations légales de déclaration connues. Les circonstances des types d'événements qui requièrent une déclaration d'erreur de médication sont spécifiées à l'annexe I.
- La divulgation des erreurs de médication survenues et ayant entraîné des conséquences ou étant susceptibles d'en entraîner est obligatoire à réaliser auprès du résident ou de son représentant légal selon la situation³⁷.

4.2. L'éveil et le sommeil

Afin de préserver la vie privée, l'intimité et le sommeil du résident, tout sera mis en œuvre pour respecter son espace personnel. Les principes suivants sont à respecter pour permettre au résident d'avoir une certaine qualité de vie et un sentiment de bien-être :

- Le sommeil du résident est respecté dans la mesure du possible.
- Les traitements et les soins et services prévus durant la période de sommeil sont réalisés à un autre moment, à moins qu'ils ne causent un préjudice important à la santé du résident. Ces aspects de la prestation sécuritaire de soins et de services font préalablement l'objet d'une réflexion avec l'équipe soignante et avec le résident et son représentant. Un certain niveau de risques est accepté en lien avec le report du soin et est noté au plan d'intervention du résident. Ce niveau de risques est également communiqué aux proches avec l'accord du résident ou de son représentant.
- Certains risques ne peuvent être négligés. Le jugement clinique prédomine lors de conditions particulières (ex. : lorsqu'on doit mobiliser le résident en raison d'une lésion de pression ou d'un trouble circulatoire).
- Le plan d'intervention fait foi du niveau de risques acceptable pour le résident. Il découle d'une décision éclairée, prise en fonction des risques réels exposés, et le niveau d'intervention médicale est ajusté en fonction de cette décision.
- Le respect de la vie privée est privilégié. Les tournées de surveillance respectent les portes fermées des chambres après entente préalable avec le résident et évaluation avec l'équipe soignante. Dans cette situation, il est recommandé de prévoir un autre moyen de surveillance pour s'assurer de la présence et de la condition du résident.

³⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021b). *op.cit.*, p.12.

³⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020), *op. cit.*, p. 26.

Concernant les caméras munies de détecteurs acoustiques :

- Leur utilisation dans la chambre est autorisée si le résident ou son représentant y consent. Ces moyens technologiques permettent d'intervenir dès que les besoins se font ressentir en évitant les entrées dans la chambre pendant les moments de repos du résident. Ils permettent de prévenir certains événements indésirables tels que les chutes. De plus, les enregistrements vidéo peuvent permettre de faire une évaluation plus complète d'un événement survenu. Ils contribuent aussi à l'identification des facteurs causals³⁸.
- La présence d'un objectif clinique encadre l'utilisation de ces technologies dans la chambre du résident. L'utilisation de caméras contribue aussi à améliorer la qualité du sommeil du résident, puisque sa surveillance peut être réalisée sans tournées régulières.
- Il faut s'assurer d'obtenir un consentement écrit d'utilisation d'une aide technologique pour exercer la surveillance du résident et conserver une note au dossier.
- Si un événement indésirable, évitable et associé à un processus d'établissement défaillant est détecté à l'aide de caméras de surveillance, il doit être déclaré au formulaire AH-223-1.

Rappel	Le résident ou son représentant doit préalablement consentir à l'utilisation de caméras munies de détecteurs acoustiques dans la chambre.
---------------	---

4.3. Les soins d'hygiène personnelle

L'histoire de vie du résident est un fil conducteur important à considérer dans les soins d'hygiène personnelle. Les habitudes de soins d'hygiène personnelle du résident ont préséance sur un calendrier de soins d'hygiène institutionnel qui serait déployé pour tous les résidents d'un établissement.

Les principes suivants sont à respecter en gestion des risques :

- Il faut procéder à une évaluation pour déterminer le mode de soins d'hygiène personnelle à privilégier pour chaque résident. De plus, le résident et ses proches doivent approuver ce mode. L'approbation du mode assurera l'acceptation des soins d'hygiène et des risques qui pourraient y être associés. Les approches particulières ou les directives spécifiques à suivre en lien avec la condition de santé du résident sont déterminées pour assurer les soins.
- Les spécificités nommées au plan d'intervention délimitent et encadrent ce qui est attendu pour le résident.
- La participation des proches aux soins d'hygiène personnelle est valorisée.
- Les risques de chutes ou de blessures surviennent parfois lors des soins d'hygiène personnelle du résident, notamment lorsque les équipements utilisés sont non adaptés ou mal utilisés, par exemple si une chaise de douche n'est pas utilisée, qu'un tapis antidérapant est mal installé, que la température de l'eau inadéquate, etc. Ces risques peuvent être atténués et même évités avec des procédures adéquates. La vigilance de l'équipe est importante.
- Si un événement indésirable survient, celui-ci doit être déclaré au formulaire AH-223-1.

³⁸ P. VOYER et C. SAVOIE (2021), *Recourir aux caméras et aux détecteurs acoustiques pour accroître la sécurité et améliorer le bien-être psychologique des résidents atteints de problèmes cognitifs*, Québec, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, 30 p.

4.4. L'activité repas

Selon les habitudes de vie et les choix des résidents, ces derniers ont la possibilité de manger dans un espace partagé avec d'autres résidents ou, encore, de manger dans leur chambre, au moment qui leur convient. Le temps des repas est un moment privilégié de contacts avec les autres résidents, mais également un moment où certains risques pourraient survenir compte tenu des situations de partage possibles. Les résidents ont accès à des réfrigérateurs et à divers ustensiles ou articles de cuisine, puisque les MDA MA s'apparentent au domicile.

Afin d'optimiser l'activité repas, les principes suivants sont à encourager en gestion des risques :

- La liberté et l'acceptation du risque inhérent à tout ce qui concerne l'activité repas sont favorisées (ex. : accès aux réfrigérateurs, disponibilité de certains aliments laissés sur le comptoir, etc.).
- La diète déterminée pour chaque résident correspond à celle qui est adaptée à sa condition physique et à ses habitudes de vie. On tend à la respecter le plus possible. Des collations adaptées à sa condition lui sont offertes.
- Il pourrait arriver que certains résidents refusent les mesures alimentaires préconisées en fonction de leur condition physique ou, encore, le type de diète proposé. Ce refus possible fait partie des risques acceptables dont il faut discuter avec le résident, son représentant, ses proches et l'équipe soignante. Il importe de bien noter ces situations au plan d'intervention interdisciplinaire.
- Certains résidents ont des allergies, des intolérances connues ou des problèmes de dysphagie qui commandent des exigences alimentaires particulières. Dans la plupart des situations, la proximité et la présence des intervenants, la connaissance des besoins des résidents et l'utilisation d'outils de communication contribuent à assurer une alimentation sécuritaire des résidents. Le respect des préférences et la prise de risques calculés s'effectuent toujours en conformité avec le respect des normes de pratique.
- Étant donné que l'autonomie du résident est favorisée, celui-ci pourrait avoir accès à des réfrigérateurs partagés et, donc, à des aliments qui ne répondent pas nécessairement à sa diète. Il pourrait lui-même se servir d'aliments ou de boissons en tout temps, comme il le ferait à la maison. Le résident pourrait consommer un aliment non souhaité selon sa diète ou bien un aliment de texture différente. On doit aviser les proches du résident admis en MDA MA de cette possibilité dès la détermination de l'orientation (choix du milieu) afin de réduire les insatisfactions qui pourraient en résulter.
- La consommation d'alcool ou de cannabis est permise, en fonction des habitudes de vie des résidents et de la réglementation en vigueur. Un protocole doit être défini en ce sens dans la MDA MA.
- Si des événements indésirables associés à l'alimentation surviennent, ils doivent être déclarés. Ces événements pourraient être associés à un processus pour lequel des mesures pourraient être mises en place.

5. PCI en MDA MA

Diffusées en octobre 2003, les orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*³⁹ visaient à faire en sorte que les personnes hébergées en CHSLD bénéficient d'un véritable milieu de vie de qualité. Le lieu où réside l'usager doit être le plus normalisant possible et lui permettre de s'approprier le milieu, en conformité avec les fondements de ces approches.

En 2018, un état des connaissances produit par l'INESSS⁴⁰ a mis en lumière cinq caractéristiques essentielles d'un milieu de vie de qualité. Ainsi, ce milieu de vie doit permettre à l'usager de se sentir comme à la maison, notamment grâce à une gestion participative, à l'attention portée aux transitions qu'il vit, à du personnel compétent, engagé et reconnu ainsi qu'à un processus d'amélioration continue de la qualité. Ces caractéristiques de même que l'importance des mesures de PCI sont réaffirmées dans la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée *Des milieux de vie qui nous ressemblent*⁴¹.

Comme dans plusieurs axes visant la santé, les services et les soins en milieux de vie, ceux-ci devront composer avec les principes généraux de PCI dans une gestion intégrée des risques afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins et services assurés aux résidents, aux PPA, aux visiteurs, aux intervenants et aux professionnels de la santé du RSSS du Québec.

Toutes les activités du programme de PCI devront être mises en place dans ces maisons. L'emphase doit être mise sur l'adaptation de certaines activités pour assurer la PCI tout en faisant preuve de souplesse en fonction de l'évaluation du risque pour que le milieu représente le domicile du résident et lui permette la plus grande liberté possible. Un exemple de recommandation de PCI en MDA MA est présenté à l'annexe V. Le tour de force réside dans la capacité de gérer le risque dans le respect du droit individuel versus du droit collectif, tout en s'assurant que le milieu de vie est sécuritaire pour tous.

5.1. L'adaptation des mesures de PCI en MDA MA

Les MDA MA accueillent une population qui présente une certaine hétérogénéité et des besoins complexes.

Certaines conditions environnementales (maisonnées d'environ 12 résidents par étage, salle de bain individuelle) et l'inclusion de toutes les parties prenantes des établissements dans le changement de paradigme des milieux de vie favoriseront l'adaptation avec les mesures de PCI en tenant compte de leurs effets sur la santé globale des résidents (biopsychosociale). Ainsi, les résidents pourront participer aux activités qui correspondent à leurs champs d'intérêt tout en respectant les pratiques de base et les précautions additionnelles.

Ces maisons visent par ailleurs à innover sur les plans de la technologie et de l'organisation des soins et services.

³⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : orientations ministérielles*, Québec, Le Ministère, 24 p. Également disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>.

⁴⁰ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2018), *op.cit.*, 110 p.

⁴¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021a), *op. cit.*, 83 p.

Les approches ministérielles en PCI pour les MDA MA visent les mesures suivantes :

- La surveillance des infections nosocomiales.
- Les pratiques de base.
- Les précautions additionnelles.
- Le contrôle de l'environnement.
- La gestion des éclosions.
- L'éducation et la formation du personnel, des résidents et des PPA.

Important	Le tableau résumant les principales mesures de PCI visées par les approches ministérielles en PCI pour les MDA MA est fourni à l'annexe III. Ce tableau définit les approches, présente les actions ou réalisations et fournit une liste de documents à consulter.
------------------	---

5.2. Le cadre de gestion des risques de PCI en MDA MA

Dans une perspective de PCI, l'approche évolutive du concept des MDA MA doit concilier la qualité des soins avec la sécurité du milieu de vie et la qualité de vie des résidents de même qu'adopter un nouveau modèle de gestion des risques applicable au paradigme des MDA MA.

Éléments clés dans le changement de concept	Le concept de gestion des risques repose sur une prise de risques calculés, en fonction des valeurs et préférences du résident, et favorise la conciliation entre sa sécurité et sa santé ainsi que sa qualité de vie, son autonomie et sa liberté.
	L' approche centrée sur la personne repose sur la connaissance et le respect des valeurs et préférences des résidents.
	La prise de décision partagée préconise que les décisions relatives aux soins et services sont prises en collaboration avec le résident (même s'il présente des troubles cognitifs), ses proches et l'équipe interdisciplinaire ⁴² .

Bien que le nouveau modèle implique la prise en compte des besoins individuels des résidents, les MDA MA doivent aussi tenir compte du droit collectif. Celles-ci doivent prendre en considération l'évaluation du risque qui peut être acceptable pour le résident, mais qui peut l'être moins dans un contexte collectif. Le paradigme est dévolu à l'acceptation d'un degré de tolérance aux risques tout en assurant la sécurité du milieu de vie et la qualité de vie des résidents. Pour être en mesure d'adapter les mesures de PCI en fonction de la gestion intégrée des risques, la hiérarchisation du risque devient essentielle afin de déterminer l'acceptabilité du risque et ainsi réfléchir aux mesures de PCI à mettre en place.

Trois types de hiérarchisation du risque sont définis dans le cadre de référence PCI à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec. Ainsi, il importe que les équipes de PCI et les responsables des MDA MA travaillent en collaboration. En effet, étant donné la vulnérabilité des clientèles desservies dans ces établissements face aux infections, la participation et la consultation des équipes de PCI seront nécessaires dès les premières démarches de planification des projets et activités en MDA MA pour que le risque soit géré de la façon la plus optimale possible. Pour cette raison, l'évaluation devra se faire au cas par cas, selon l'adaptabilité de l'environnement et de la situation avec un encadrement personnalisé du processus de gestion des risques⁴³.

Le tableau 2 présente la définition de la gradation du risque et les niveaux de risque attendus.

⁴² INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2020), *op. cit.*, p. 56.

⁴³ *Ibid.*, p. 51.

Tableau 2 – Définition de la gradation du risque⁴⁴

Niveau de risque	Définition	Exemples
Risque acceptable	Il s'agit d'un risque faible pour lequel la MDA ou la MA ne mène pas d'intervention additionnelle. La MDA ou la MA se donne toutefois la latitude de mettre en place certaines mesures pour s'assurer que le risque demeure faible.	• Manipulation d'objets présents dans l'environnement • Accès libre au réfrigérateur • Présence de plantes et fleurs à l'intérieur du milieu de vie • Jardin accessible • Visite d'enfants en bas âge • Relations intimes avec consentement entre deux résidents ayant un statut infectieux connu
Risque tolérable	Les MDA MA doivent gérer le risque tolérable en utilisant des mesures jugées raisonnables. Pour ce risque, les MDA MA doivent adopter des stratégies de PCI afin de diminuer, d'éliminer ou de remplacer la source de risque. Ces mesures visent à diminuer le risque pour le rendre acceptable.	• Maintien de certaines activités en présence d'une éclosion. À évaluer par le comité de gestion d'éclosion selon : l'ampleur et l'évolution de l'éclosion, selon la capacité du milieu à contenir la situation et considérant les impacts sur le déconditionnement des résidents. • Présence d'animaux dans la chambre du résident ou dans les aires communes du milieu de vie (ex. : salon, jardin) • Introduction de la salle thématique permettant la stimulation • Partage d'objets communs lors d'activités sociales ou de loisirs • Activité de préparation de collations par les résidents ou par un membre de la famille • Gestion d'un poulailler urbain
Risque intolérable	Le risque intolérable n'est pas acceptable. Les MDA MA adoptent des stratégies de PCI afin d'éliminer ou de remplacer la source de risque.	• Fait de ne pas offrir d'immunisation sur place aux résidents vulnérables • Fait de ne pas appliquer les mesures de PCI appropriées en présence d'une éclosion • Fait de ne pas appliquer les mesures de PCI appropriées en présence d'un usager présentant des symptômes infectieux

⁴⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017), *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales : cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec*, [En ligne], [Québec], Le Ministère, p. 109-110. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf>].

Conclusion

Les MDA MA sont des milieux de vie de qualité s'apparentant au domicile. Elles visent l'autodétermination et préservent la dignité du résident dans toutes les prises de décisions. Le résident est encouragé à faire des choix qui le concernent dans toutes les activités de son quotidien.

Les présentes approches en gestion intégrée des risques et en prévention et contrôle des infections redéfinissent le risque et notre manière d'être ou de réfléchir (nos valeurs). La gestion des risques en MDA MA repose sur une prise de risques calculés et permet d'accepter la présence de certains risques tout en conciliant la sécurité du résident avec sa qualité de vie⁴⁵. Dorénavant, il y a lieu d'atténuer les risques ou d'en minimiser les conséquences plutôt que de tenter de les éliminer totalement. Le jugement clinique soutient la décision. Le consentement libre et éclairé du résident ainsi que la communication soutenue avec celui-ci, mais également avec ses proches et son répondant, sont des incontournables. En somme : « Le plan d'intervention évolutif de chaque résident demeure le filet de sécurité au niveau des attendus, de la stratégie et de la tolérance au risque accepté tant par le résident que par la famille⁴⁶. ».

Le travail de proximité avec les équipes de PCI ainsi que la mise en place et le maintien d'un programme de PCI dans les MDA MA sont des éléments essentiels de la gestion intégrée des risques. Ces éléments permettent aux MDA MA d'assurer des soins et des services de qualité et sécuritaires de même que de prévenir la transmission d'infections nosocomiales et les éclosions. La communication est primordiale entre tous les acteurs, incluant l'équipe de PCI, pour l'identification des enjeux, l'évaluation des risques et l'adaptation des mesures de PCI aux besoins réels des résidents.

En termes de PCI, le concept des MDA MA exige une planification et une adaptation pour qu'il soit réaliste, pérenne et efficace. L'investissement dans le rehaussement des interventions d'éducation et de formation sur les pratiques de base pour le personnel, les résidents, les PPA et les visiteurs peut grandement contribuer à une baisse de la transmission des infections et limiter les éclosions tout en assurant une qualité de soins et de services aux résidents.

Le nouveau concept des MDA MA amène un changement de paradigme important qui devra mobiliser les intervenants et les équipes médicales. L'objectif consiste à offrir un milieu de vie axé sur les besoins du résident, sur sa liberté de choix et d'action et sur le respect du mode de vie et du rythme de la personne hébergée et de ses proches. L'adhésion à ces nouvelles valeurs mènera à une meilleure qualité de vie des résidents.

⁴⁵ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2020), *op. cit.*, p. 51.

⁴⁶ Caroline Donais, propos tenus lors de la rencontre du Comité des répondants en gestion des risques, 9 mai 2022.

Annexe I – Précisions sur les types d'événements à déclarer⁴⁷

TYPES D'ÉVÉNEMENTS	PRÉCISIONS	
Chute Quasi-chute	Bain/douche Chaise/fauteuil Civière En circulant Escalier Lève-personne	Lit Lors d'activités Lors d'un transfert Toilette Trouvé par terre Autre
Médicament Traitement / intervention Diète	Allergie connue Conservation/entreposage Disparition/décompte Disponibilité Dose/débit Heure/date d'administration Identité de l'utilisateur	Infiltration/extravasation Non-respect d'une procédure/protocole Omission Péremption Trouvé Type/sorte/texte/consistance Voie d'administration Autre
Test diagnostique laboratoire	Pré-analytique Analytique Post-analytique Description	Erreur de saisie liée à l'ordonnance Erreur liée à l'identification Non-respect d'une procédure Autre
Test diagnostique imagerie	Angiographie Échographie Fluoroscopie IRM (résonnance magnétique) Mammographie Ostéodensitométrie Radiographie	SPECT (tomographie d'émission monophotonique) Stéréotaxie TEP Scan (tomographie par émission de positrons) Tomodensitométrie Autre test
Problème de retraitement des dispositifs médicaux	Retraitement des dispositifs médicaux (RDM)	Utilisation d'un matériel médical à usage unique critique ou semi-critique retraité par l'établissement
Lié au matériel Lié à l'équipement Lié au bâtiment Lié aux effets personnels	Bris/défectuosité Dégât d'eau Disparition/perle Disponibilité Incendie Panne d'ascenseur Panne électrique	Panne informatique Panne système télécom. Programmation Salubrité Stérilité/bris d'asepsie Utilisation non-conforme Autre
Problème d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation	Abus Agression Harcèlement Intimidation	Physique Psychologique/verbal Sexuel Financier
Autres types d'événements	Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.) Automutilation Blessure d'origine connue Blessure d'origine inconnue Bris de confidentialité Décompte chirurgical inexact/omis Défaut de port d'équipement/vêtement de protection Désorganisation comportementale (avec blessure) Erreur liée au dossier Évasion (garde fermée) Événement en lien avec une activité Événement relié au transport	Fugue/disparition (encadrement intensif) Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse Lié au consentement Lié à l'identification Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions) Obstruction respiratoire Plaie de pression Relation sexuelle en milieu d'hébergement * Tentative de suicide/suicide Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.) Autre
*Note : La relation sexuelle en milieu d'hébergement MDA MA n'est pas un événement indésirable à déclarer, à moins qu'elle n'ait eu lieu en l'absence de consentement ou qu'elle soit associée à une agression sexuelle.		

⁴⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Rapport 2020-2021 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec : du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021*, [En ligne], Québec, Le Ministère, p. 11. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-735-01W.pdf>].

Annexe II – Définition de l'échelle de gravité en vigueur au 1^{er} avril 2021

ÉVÉNEMENT SENTINELLE	INCIDENT		A	Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur (situation à risque).
			B	Événement indésirable survenu mais l'utilisateur n'a pas été touché (échappée belle).
	ACCIDENT	Divulgaration facultative	C	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur, sans lui causer de conséquence . Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière ni de surveillance.
		Divulgaration obligatoire	D*	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et des vérifications additionnelles sont requises pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquences.
			E1	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées, sans hospitalisation / prolongation d'hospitalisation.
			E2	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés sans impact sur la nécessité /durée de l'hospitalisation / ou de l'épisode de soins.
			F	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires exigeant des soins / traitements supplémentaires spécialisés et qui ont un impact sur la nécessité / durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement.
			G	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives ou psychologiques.
			H	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardio-respiratoire).
			I	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès .

*À partir du moment où on doit faire des tests ou procéder à des examens (vérifications additionnelles), on doit obtenir le consentement éclairé de l'utilisateur. On doit donc l'informer des raisons justifiant ces interventions non prévues. Une divulgation est requise.

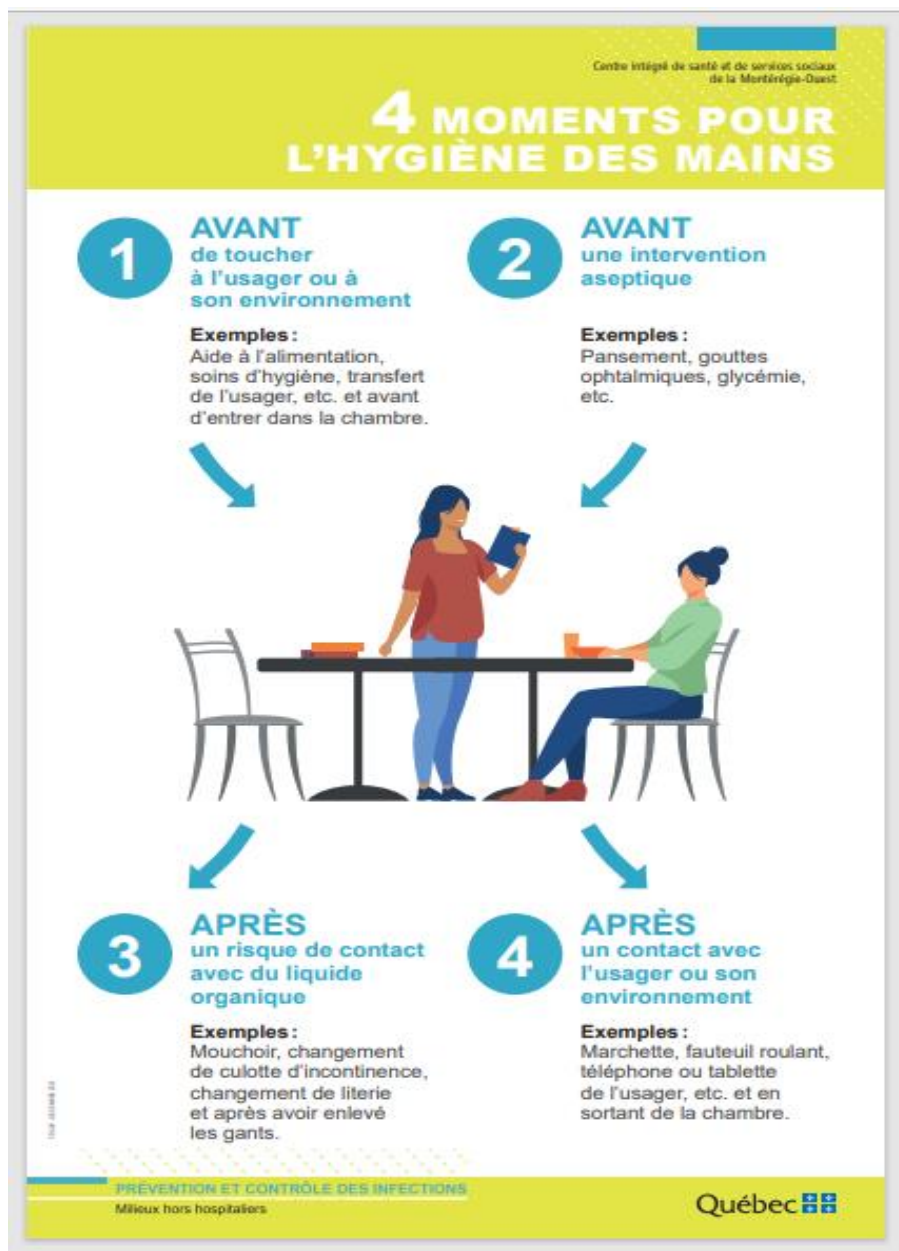
Annexe III – Tableau synthèse des principales mesures de PCI visées par les approches ministérielles en PCI pour les MDA MA

Activités	Approches ministérielles	Actions, réalisations	Documents à consulter
La surveillance des infections nosocomiales	Réaliser une surveillance qui répond aux définitions de surveillance des infections dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée. Assurer l'application standardisée des définitions et de la validation des cas d'infection ou des cas avec un statut infectieux.	Entériner les priorités de surveillance et soutenir le plan d'action annuel émanant des résultats de surveillance des infections et des processus. Assurer une connaissance et une diffusion des processus de surveillance interne. S'assurer de répondre aux définitions standards provinciales.	https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf https://www.inspq.qc.ca/publications/1871
Les pratiques de base	Adopter une culture inclusive en adhérant à l'application des pratiques de base. Intégrer l'évaluation du risque au point de service (ERPS) dans l'application des pratiques de base et des précautions additionnelles. Encadrer la pratique de l'hygiène des mains selon les pratiques exemplaires. Assurer la mise en place des distributeurs de solution hydroalcoolique (SHA) aux endroits stratégiques où les soins et services sont donnés. Assurer un programme d'éducation et de formation des travailleurs de la santé sur la PCI, notamment sur les bonnes pratiques d'hygiène des mains et les pratiques de base.	S'assurer que chaque travailleur de la santé réalise les pratiques de base, en tout temps, auprès de tous les résidents, peu importe leur statut infectieux. Assurer la présence d'équipements de protection individuelle (EPI) facilement accessibles aux endroits stratégiques et disponibles en quantité suffisante pour assurer le respect du port de l'EPI selon les pratiques de base. S'assurer que des mesures de PCI appropriées sont en place pour prévenir la transmission de microorganismes selon l'ERPS. Mettre en place le programme d'hygiène des mains, entériné et soutenu par la haute direction et les gestionnaires de l'organisation. Suivre les recommandations d'emplacement des distributeurs de SHA et avoir des distributeurs en quantité suffisante afin d'assurer l'hygiène des mains au bon moment.	https://www.inspq.qc.ca/infections-nosocomiales https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/about/Programs/HH/pages/default.aspx Affiches des moments clés pour l'hygiène des mains (voir annexe IV) https://accreditation.ca/ca-fr/normes/ https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2438_prevention_controle_infections_hygiene_mains.pdf https://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000166/?&date=DESC

Activités	Approches ministérielles	Actions, réalisations	Documents à consulter
	Favoriser une culture de prévention chez les résidents et les PPA.	Assurer une formation multimodale sur l'hygiène des mains et les pratiques de base à l'embauche, puis en continu pour le maintien des connaissances et des compétences à jour (disponible sur l'environnement numérique d'apprentissage [ENA]). Intégrer et prévoir des capsules d'enseignement ou des méthodes d'acquisition de connaissances pour les résidents et les PPA. Éduquer tous les individus (résidents, travailleurs de la santé, visiteurs, etc.) et les encourager à appliquer toutes les pratiques de base.	https://accreditation.ca/ca-fr/normes/
Les précautions additionnelles	Évaluer le risque selon le statut infectieux du résident. Assurer la sécurité et la prévention tant pour les résidents que pour les professionnels. Évaluer quotidiennement les besoins en précautions additionnelles selon le statut infectieux.	Assurer l'application des précautions additionnelles tout en adaptant celles-ci à la réalisation des activités de la vie quotidienne. Inclure les MDA MA dans les différents outils cliniques de la PCI et les adapter au besoin. Selon le statut infectieux de l'usager, mettre en place un mécanisme permettant la communication et l'identification des mesures de précaution additionnelle nécessaires. Élaborer des procédures internes pouvant soutenir les pratiques des professionnels lors des interventions de soins. Élaborer un aide-mémoire pour cesser un isolement. Élaborer un outil de surveillance du statut infectieux.	https://www.inspq.qc.ca/publications/1871 https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2436_prevention_controle_infections_precautions_additionnelles.pdf
Le contrôle de l'environnement	S'assurer de l'intégration des tâches d'hygiène et de salubrité par le personnel formé à l'embauche et en cours d'emploi sur les techniques de nettoyage et de désinfection des surfaces et les produits à utiliser selon les précautions additionnelles. S'assurer que toutes les surfaces et tous les équipements ont été attribués et sont nettoyés et désinfectés selon les procédures établies.	Établir des feuilles de route de nettoyage et de désinfection précises pour les chambres, les zones communes. Procéder à des audits de résultats en hygiène et salubrité.	https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-209-01W.pdf https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000285/

Activités	Approches ministérielles	Actions, réalisations	Documents à consulter
La gestion des éclosions	Mettre en place un mécanisme de communication interne pour le volet communication d'une éclosion. S'assurer de la mise en place de mesures de gestion des éclosions.	Assurer une gestion des éclosions selon l'épidémiologie locale. Former une équipe clinico-administrative pour la gestion des éclosions majeures ou persistantes (équipe de gestion des éclosions) afin de faciliter la prise de décision et d'assurer la mise en œuvre des mesures recommandées. Envisager l'affectation de ressources additionnelles en temps opportun.	https://publications.msss.gov.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf Documents de l'Institut national de santé publique du Québec selon l'agent infectieux
L'éducation et la formation du personnel (incluant les gestionnaires), des résidents et des PPA	Soutenir la mise en œuvre des activités de formation en PCI incluses dans le répertoire national de formation continue partagée répondant aux besoins du personnel de l'établissement. Former des agents multiplicateurs ou des champions en PCI aptes à diffuser la formation de base auprès de leurs pairs. Assurer la disponibilité de formations sur les pratiques de base et les précautions additionnelles pour les résidents, les PPA et les visiteurs.	Évaluer la qualité du programme de formation des employés dans le domaine de la PCI et apporter les modifications au besoin. Offrir la formation ministérielle et la formation disponible sur l'ENA. Assurer la disponibilité de formations dans l'intranet, sur Internet. Assurer la présence de champions ou d'agents multiplicateurs avec les compétences à jour pouvant soutenir les équipes quant aux mesures de PCI. Intégrer les résidents, les PPA et les visiteurs dans la culture de PCI et son application. Collaborer avec le comité des résidents, les PPA.	https://publications.msss.gov.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf https://fcp.rtss.qc.ca/ena-login/index.html https://accreditation.ca/ca-fr/normes/

Annexe IV – Affiche des moments clés pour l'hygiène des mains⁴⁸



⁴⁸ CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST (s. d.), *4 moments pour l'hygiène des mains*, [En ligne].
[https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2022/02/aff-lgl_pci-4moments-hdm_-_volet_hors_hospitalier.pdf].

Annexe V – Exemple de recommandation de PCI en MDA MA⁴⁹

Recommandations en prévention des infections pour les activités autoportantes au Centre Alzheimer Faubourg

Principes généraux :

- Procéder à l'hygiène des mains des résidents le plus souvent possible dans la journée.
- Les résidents, leurs proches et le personnel devraient procéder à l'hygiène des mains avant et après chaque activité.
- Lors d'éclosion, le nettoyage des aires communes et des « high touch »* peut être fait jusqu'à 3 fois par jour.

Les recommandations suivantes s'appliquent au Centre Alzheimer Faubourg selon l'évaluation du risque infectieux. Elles peuvent être sujettes à un rehaussement selon le contexte.

Activités	Accessoires	Spécifications	Recommandations
Pouponnière	Couverture, vêtements de bébé		Nettoyer/désinfecter 1 fois par semaine ou lorsque visiblement souillé.
	Couche	Couche de tissu	
	Poupée en tissus	Totalement en tissu	
	Poupée en plastique	Totalement en plastique	
	Table à langer	Matelas plastifié	
	Biberon en plastique		
	Chaise ou fauteuil	Fait en vinyle ou autre tissu lavable	
Établis menuiserie	Table-établi		Lors d'éclosion : Nettoyer/désinfecter 1 fois par jour ou lorsque visiblement souillé.
	Chaise ou fauteuil	Fait en vinyle ou autre tissu lavable	
	Outils		
	Tableau manipulation		
	Pinceau, rouleau de peinture		
Buanderie	Petite étagère		Après l'éclosion : Jeter les accessoires qui ne peuvent être nettoyés/désinfectés
	Table de pliage		
	Panier à linge	En plastique	
	Vêtements	Ne pas utiliser pour les résidents	
Autres	Fines herbes	Procéder à l'hygiène des mains avec de l'eau et du savon après avoir manipulé la terre.	
	Tableaux sensoriels	Prendre des tissus lavables. Attacher les tissus au tableau avec des velcros.	
	Vaisselle	Ne pas utiliser pour l'alimentation des résidents.	

Pour toute situation particulière, contactez le Service de prévention et contrôle des infections (PCI)

* « high touch » : surface ou matériel pouvant être en contact répété avec le résident, incluant les surfaces susceptibles d'être contaminées par le sang ou les autres liquides biologiques.

Tous droits réservés ©Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, (2018)

Document produit par le Service de PCI

Direction des soins infirmiers

2018-04-05

⁴⁹ CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (s.d.), *Recommandations en prévention des infections pour les activités autoportantes au Centre Alzheimer Faubourg*, [Québec], [Le Centre]. [Document interne].

Bibliographie

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2016). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*, [Ottawa], L'Agence, 261 p. Également disponible en ligne : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/routine-practices-precautions-healthcare-associated-infections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante-2016-FINAL-fra.pdf>.
- AGRÉMENT CANADA (s. d.). *Normes sur les soins de santé*, [En ligne]. [<https://accreditation.ca/ca-fr/normes/>] (Consulté le 14 juin 2022).
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (s. d.). *Guide de la gestion intégrée des risques*, Montréal, L'Association, 82 p. Également disponible en ligne : <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2466587>.
- CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST (s. d.). *4 moments pour l'hygiène des mains*, [En ligne]. [https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2022/02/aff-lgl_pci-4moments-hdm_-_volet_hors_hospitalier.pdf].
- CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (s. d.). *Maison des aînés et maison alternative*, [En ligne]. [<https://cisss-outaouais.gouv.qc.ca/obtenir-un-service/vivre-avec-une-perte-dautonomie-et-services-aux-personnes-agees/maison-des-aines-et-maison-alternative>] (Consulté le 12 mai 2022).
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (s.d.). *Recommandations en prévention des infections pour les activités autoportantes au Centre Alzheimer Faubourg*, [Québec], [Le Centre]. [Document interne].
- CORTIN, V., et autres (2016). *La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence*, [En ligne], [Québec], L'Institut, 87 p. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2106_gestion_risques_sante_publique.pdf].
- DONAI, CAROLINE (2022). *Rencontre du Comité des répondants en gestion des risques*, 9 mai 2022.
- IBRAHIM, J. E., et M.-C. DAVIS (2013). « Impediments to applying the “dignity of risk” principle in residential aged care services », *Australasian Journal on Ageing*, vol. 32, n° 3, p. 188-193. doi : 10.1111/ajag.12014.
- INFECTION PREVENTION AND CONTROL CANADA (2016). *Infection Prevention and Control (IPAC) Program Standard*, [En ligne], [Ottawa], Infection Prevention and Control Canada, 99 p. [<https://PCICanada.org/photos/custom/CJIC/Vol31No4supplement.pdf>].
- INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS (s. d.). *Défi national de l'hygiène des mains*, [En ligne]. [<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/about/Programs/HH/pages/default.aspx>] (Consulté le 14 juin 2022).
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2014). *Définitions pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée*, [En ligne], [Québec], L'Institut, 17 p. [<https://www.inspq.qc.ca/publications/1871>].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2018a). *Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle*, [En ligne], [Québec], L'Institut, 5 p. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2442_prevention_controle_infection_equipement_protection_individuel.pdf].

- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2018b). *Notions de base en prévention et contrôle des infections : gestion des visiteurs*, [En ligne], [Québec], L'Institut, 3 p.
[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2441_prevention_controle_infections_gestion_visiteurs.pdf].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2018c). *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hiérarchie des mesures de contrôle des infections*, [En ligne], [Québec], L'Institut, 3 p.
[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2437_prevention_controle_infections_hierarchie_mesures_controle.pdf].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2018d). *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains*, [En ligne], [Québec], L'Institut, 4 p.
[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2438_prevention_controle_infections_hygiene_mains.pdf].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2018e). *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires*, [En ligne], [Québec], L'Institut, 2 p.
[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2439_prevention_controle_infections_hygiene_respiratoire.pdf].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2019). *Notions de base en prévention et contrôle des infections : précautions additionnelles*, [En ligne], [Québec], L'Institut, 22 p.
[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2436_prevention_controle_infections_precautions_additionnelles.pdf].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2022). *Les infections nosocomiales*, [En ligne].
[<https://www.inspq.qc.ca/infections-nosocomiales>] (Consulté le 14 juin 2022).
- INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2018). *Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie*, [En ligne], Québec, L'Institut, 110 p.
[www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550824763.pdf].
- INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2020). *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, [En ligne], Québec, L'Institut, 156 p.
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Conciliation_CHSLD_Etat_pratiques_2020.pdf].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (s. d.). *Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident – AH-223-1*, [En ligne]. [<https://sptsss.com/media/PDF/AH-223.pdf>] (Consulté le 14 juin 2022).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : orientations ministérielles*, Québec, Le Ministère, 24 p. Également disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité*, [En ligne], Québec, Le Ministère, 65 p.
[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-602-02W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques*, Québec, Le Ministère, 272 p. [Document interne].

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales : cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec*, [En ligne], [Québec], Le Ministère, 187 p.
[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2018a). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*, [En ligne], Québec, Le Ministère, 38 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2018b). *Utilisation par les résidents de mécanismes de surveillance en CHSLD*, [En ligne], Québec, Le Ministère, 17 p.
[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/guide-mise-oeuvre-reglement-mecanismes-surveillance-2018.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2019). *Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés*, [En ligne], Québec, Le Ministère, 121 p. + annexes.
[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000056/>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020). *Déclaration des incidents et des accidents : lignes directrices*, [En ligne], Québec, Le Ministère, 29 p.
[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-735-01W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021a). *Des milieux de vie qui nous ressemblent : Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*, [En ligne], Québec, Le Ministère, 83 p.
[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021b). *Orientations ministérielles : maisons des aînés et maisons alternatives : offre de soins et de services pharmaceutiques pour favoriser une qualité de vie comme à la maison*, Québec, Le Ministère, 19 p. [Document interne].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021c). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes*, [En ligne], Québec, Le Ministère, 60 p.
[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-01W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Rapport 2020-2021 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec : du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021*, [En ligne], Québec, Le Ministère, 96 p.
[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-735-01W.pdf>].
- QUÉBEC (2002). *Projet de loi n° 113 (2002, chapitre 71) : Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 7 p. Également disponible en ligne : www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C71F.PDF.
- QUÉBEC (2017). *Code des professions : chapitre C-26, à jour au 30 mai 2017*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec. [<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/C-26>].
- QUÉBEC (2022a). *Loi sur les services de santé et les services sociaux : chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} février 2022*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec. [<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2>].
- QUÉBEC (2022b). *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité : chapitre L-6.3, à jour au 6 avril 2022*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec. [<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/L-6.3>].

QUÉBEC (2022c). *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, S-5, r. 5, à jour au 1^{er} janvier 2022*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec. [<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-5,%20r.%205/>].

VOYER, P., et C. SAVOIE (2021). *Recourir aux caméras et aux détecteurs acoustiques pour accroître la sécurité et améliorer le bien-être psychologique des résidents atteints de problèmes cognitifs*, Québec, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, 30 p.

