



AGRÉMENT
CANADA

Qmentum Québec^{MC}

Pratiques organisationnelles requises

Livret 2023 – Séquence 1, Cycle 2 (2023-2027)

novembre 23

Pratiques organisationnelles requises



© Ce document est protégé par le droit d'auteur.

*Copyright © 2023, Organisation de normes en santé (HSO) ou ses concédants de licences.
Tous droits réservés.*

Toute utilisation, reproduction et autre exploitation de ce document est couverte par les conditions d'utilisation établies ici <https://healthstandards.org/fr/normes/termes/org-jan-2019/>. Tout autre usage est strictement interdit. Si vous n'acceptez pas les Conditions d'utilisation (en tout ou en partie) vous n'avez pas le droit d'utiliser, de reproduire ou d'exploiter de quelque façon que ce soit le présent document, d'aucune façon et sous aucun prétexte.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec HSO en écrivant à publications@healthstandards.org.

Site Web: www.healthstandards.org | Téléphone: 1.613.738.3800

Pratiques organisationnelles requises



Table des matières

Vue d'ensemble.....	4
Au sujet du livret des POR.....	5
Tableau des pratiques organisationnelles requises – séquence 1.....	6
Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers.....	7
Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.....	10
Responsabilité liée à la qualité des soins et services.....	12
Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique.....	15
Liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés ...	18
Gérance des antimicrobiens	22
Gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.....	25
Limiter les formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée	30
Cheminement des usagers.....	35
Prévention de la violence en milieu de travail	38
Programme d'entretien préventif	40
Sécurité des usagers : formation et perfectionnement.....	41
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	43
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	45
Nettoyage et désinfection de bas niveau de l'équipement médical	47
Taux d'infection.....	51
Annexe.....	53

Pratiques organisationnelles requises



Vue d'ensemble

DATE	SOMMAIRE DES CHANGEMENTS APPORTÉS AUX PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISE (POR)
2018-2020	Pas de changements
2021	La POR Cheminement des usagers a été révisée.
2022	La POR Reddition de comptes en matière de qualité a été révisée.
2023	Mise à jour de certaines POR: • Liste des abréviations qui ne doivent pas être utilisées • Sécurité liée aux narcotiques • Médicaments de niveau d'alerte élevé Conversion de certaines des POR en critères à priorité élevée: • Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers Retrait de certaines des POR: • Sécurité liée à l'héparine • Électrolytes concentrés • Plan de sécurité des usagers • Retraitement Introduction de nouvelles POR: • Nettoyage et désinfection de bas niveau de l'équipement médical

Les POR sont des pratiques qui ont été déterminées comme essentielles et qui doivent être en place dans l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques.

Les POR sont regroupées dans six secteurs liés à la sécurité des usagers. Chaque secteur comporte un but qui lui est propre.	
Culture de sécurité :	Instaurer une culture de sécurité dans l'organisme.
Communication :	Améliorer l'efficacité et la coordination de la communication chez les prestataires de soins et de services, ainsi qu'à des soins et services plus sécuritaires.
Utilisation des médicaments :	Assurer l'utilisation sécuritaire des médicaments à risque élevé.
Milieu de travail/effectif :	Créer un milieu de travail et un environnement physique qui appuient la prestation sécuritaire des soins et services.
Prévention et contrôle des infections :	Réduire les risques d'infections nosocomiales, ainsi que leurs répercussions dans l'ensemble du continuum des soins/services
Évaluation du risque :	Cerner les risques liés à la sécurité et propres à la clientèle desservie.



Au sujet du livret des POR

Pour des raisons de commodité et pour en faciliter l'utilisation, toutes les pratiques organisationnelles requises (POR) qui font partie du manuel d'évaluation *Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales* programme Qmentum Québec^{MC} ont été réunies dans ce livret. Le chapitre du manuel d'évaluation concerné est nommé au début de la POR.

Dans ce livret, les POR sont présentées comme suit :

ÉNONCÉ DE LA POR :

L'énoncé de la POR définit la pratique attendue dans l'établissement.

CONSEILS :

Les conseils fournissent un contexte et les raisons pour lesquelles les POR sont importantes pour la sécurité des usagers et la gestion des risques. Ils contiennent aussi des données probantes et de l'information sur les moyens de se conformer aux tests de conformité. Même si les conseils éclairent et renseignent, l'information qu'ils véhiculent ne fait pas partie des exigences.

TESTS DE CONFORMITÉ :

Les tests de conformité sont les exigences particulières que les visiteurs évaluent sur place pour déterminer si l'établissement respecte la POR.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE :

Il s'agit des sources de données probantes utilisées pour élaborer la POR ainsi que des outils et ressources qui aideront les organismes à se conformer aux exigences des tests de conformité. Les documents de référence ne sont pas présentés dans les manuels d'évaluation.



Tableau des pratiques organisationnelles requises – séquence 1

Ce livret regroupe uniquement les POR se trouvant dans le manuel d'évaluation Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales.

CULTURE DE SÉCURITÉ	• Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers	• 4.3.2
	• Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	• 4.3.3
	• Responsabilité liée à la qualité des soins et services	• 1.3.12
COMMUNICATION	• Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	• 4.2.6
	• Liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés	• 10.6.5
UTILISATION DES MÉDICAMENTS	• Gérance des antimicrobiens	• 10.1.3
	• Gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé	• 10.4.3
	• Limiter les formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée	• 10.4.4
MILIEU DE TRAVAIL / EFFECTIF	• Cheminement des usagers	• 2.7.9
	• Prévention de la violence en milieu de travail	• 4.1.5
	• Programme d'entretien préventif	• 4.4.8
	• Sécurité des usagers : formation et perfectionnement	• 3.3.17
CONTRÔLE DES INFECTIONS	• Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	• 8.2.30
	• Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	• 8.2.26
	• Nettoyage et désinfection de bas niveau de l'équipement médical	• 8.2.9
	• Taux d'infection	• 8.3.2
ÉVALUATION DES RISQUES	• S.O. pour ce manuel d'évaluation	• S.O.



Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers

Année de publication: 2015

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Culture de sécurité

Chapitre 4 Leadership – Gestion de la qualité et des risques

4.3.2 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure qui encadre la divulgation aux usagers et aux personnes proches aidantes des incidents liés à la sécurité et favorise un suivi axé sur le soutien.

CONSEILS

La divulgation des incidents a pour but de favoriser un maximum de transparence entre les gestionnaires, les usagers et les personnes proches aidantes. Les gestionnaires mettent en œuvre une procédure découlant de la politique mise en œuvre par l'instance de gouvernance pour encadrer la divulgation des incidents liés à la sécurité aux usagers et aux personnes proches aidantes. La divulgation comprend notamment les éléments suivants :

- Informer les personnes concernées qu'un incident s'est produit et présenter des excuses;
- Expliquer ce qui s'est passé et les raisons pour lesquelles l'incident s'est produit (au fur et à mesure que les faits sont connus);
- Discuter des mesures immédiates prises pour corriger la situation et atténuer d'autres préjudices;
- Passer en revue les mesures recommandées pour éviter la récurrence d'incidents;
- Offrir du soutien à toutes les personnes concernées.

Le soutien offert répond aux besoins des personnes touchées (usagers, personnes proches aidantes et équipe) et peut être d'ordre pratique (p. ex., paiement des frais remboursables), affectif ou psychologique (p.ex., proposer de l'aide pour l'accès à des groupes de soutien ou offrir un soutien grâce à un programme d'aide aux employés).

La divulgation d'un incident qui touche de multiples usagers (p. ex., manquement au niveau de la stérilisation, non-respect de la vie privée) nécessite la détermination des usagers exposés au risque, la spécification du moyen retenu pour communiquer avec ceux-ci et la démarche entreprise. La mise en œuvre d'une procédure permet de structurer le processus de divulgation afin qu'il soit cohérent et qu'il soutienne une culture d'établissement juste et transparente. Elle permet également d'identifier rapidement des moyens pour prévenir que des situations semblables se reproduisent dans le futur.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Une procédure documentée et coordonnée qui comprend les éléments suivants est mise en œuvre pour divulguer les incidents liés à la sécurité à l'endroit des usagers et des personnes proches aidantes :
 - Quels incidents liés à la sécurité des usagers doivent être divulgués.
 - Qui est chargé de diriger et d'appuyer le processus de divulgation.
 - Quels éléments concernant l'incident peuvent être communiqués et à qui.
 - Quand et comment divulguer l'information.
 - Où consigner l'information sur la divulgation.



Culture de sécurité

2. La procédure de divulgation est passée en revue et mise à jour avec l'apport des usagers, des personnes proches aidantes et de la main d'œuvre.
3. Les personnes responsables de gérer et soutenir le processus reçoivent de la formation sur la divulgation.
4. Tout au long du processus de divulgation, une communication est établie avec les usagers, les personnes proches aidantes et la main d'œuvre concernés par l'incident lié à la sécurité des usagers. La communication est consignée et fondée sur les besoins des personnes concernées.
5. Tout au long du processus de divulgation, un soutien d'ordres pratique, affectif ou psychologique est offert aux usagers, aux personnes proches aidantes et à la main-d'œuvre concernés par l'incident lié à la sécurité des usagers.
6. La rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre au sujet de leur expérience liée à la divulgation est sollicitée et documentée. Cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

L'Association canadienne de protection médicale (2015). Divulgence d'un préjudice résultant de la prestation des soins : Pour une communication ouverte et honnête avec les patients. Deuxième édition. Ottawa, ON.

Conway J, Federico F, Stewart K, et Campbell MJ (2011). Gestion respectueuse des effets indésirables cliniques graves (deuxième édition) (Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition)). Institut pour l'innovation et l'amélioration, série de documents de présentation technique sur l'innovation (IHI Innovation Series White Paper).

Groupe de travail sur la divulgation (Disclosure Working Group) (2011). Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables : parler ouvertement et honnêtement aux patients et aux proches. Edmonton, AB. Institut canadien pour la sécurité des patients.

Assurance réciproque des soins de santé du Canada (Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC)). (2015). Incidents critiques et événements touchant plusieurs patients (Critical Incidents and Multi-Patient Events). Guides de ressources sur la gestion des risques (Risk Resource Guide). HIROC. Toronto, ON.

Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement) (2011). Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents (Disclosure Toolkit and Disclosure Culture Assessment Tool). Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement).

Coalition du Massachusetts pour la prévention des erreurs médicales (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors) (2006). Lorsque surviennent des problèmes : intervention en cas d'événements indésirables (When Things Go Wrong: responding to adverse events). Document consensuel des hôpitaux affiliés à Harvard (A consensus statement of the Harvard hospitals). Coalition du Massachusetts pour la prévention des erreurs médicales (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors). Boston, MA.

Service national de signalement et d'apprentissage (National Reporting and Learning Service) (2009). Parler ouvertement : présenter des excuses lorsque des problèmes surviennent. Agence nationale de sécurité des patients (National Patient Safety Agency). Londres, Royaume-Uni.

Patients pour la sécurité des patients du Canada. Principes de la divulgation des préjudices. Patients pour la sécurité des patients du Canada.



Culture de sécurité

Le projet PROMISES (The PROMISES Project) (2013). Lorsque des problèmes surviennent dans l'unité de soins ambulatoires (When things go wrong in the ambulatory setting). Hôpital Brigham et le Women's Hospital (Brigham and Women's Hospital). Boston, MA.

White AA, Brock DM, McCatter PI, et al. (2015). Descriptions par des gestionnaires de risques des programmes visant à soutenir les deuxièmes victimes après des événements indésirables (Risk manager's descriptions of programs to support second victims after adverse events). J. Healthc. Risk. Manag. (revue sur la gestion des risques en soins de santé), vol. 34, n° 4, p. 30-39.



Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers

Année de publication: 2015

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Culture de sécurité

Chapitre 4 Leadership – Gestion de la qualité et des risques

4.3.3 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers qui favorise la déclaration et la mise en œuvre de mesures correctives et préventives.

CONSEILS

Dans une culture de sécurité et d'amélioration continue, les établissements doivent disposer d'un mécanisme qui permet d'encadrer la gestion des incidents liés à la sécurité des usagers. Le mécanisme de gestion d'incidents préjudiciables permet d'identifier, de déclarer et d'agir rapidement lorsqu'un usager, une personne proche aidante ou la main d'œuvre a été touché par un incident lié à la sécurité, incluant les incidents évités de justesse. Le mécanisme structuré facilite et encourage la déclaration et permet aux gestionnaires d'agir en amont par l'application de mesures préventives.

Les gestionnaires mettent en œuvre un mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité qui comporte des étapes simples, claires et qui précise quels types d'incidents doivent être déclarés, dans quelles circonstances, comment procéder à la déclaration et à qui déclarer les incidents. Les déclarations et l'identité des personnes qui les font sont gardées confidentielles. Les gestionnaires utilisent ces informations pour effectuer une analyse de l'incident (aussi dénommée analyse des causes souches) ce qui permet d'identifier les acteurs causals associés à la survenue de l'incident et de recommander des mesures à rendre pour apporter des mesures correctives et préventives pour éviter toute récurrence. Le recueil et l'analyse de tous les incidents (incluant les incidents évités de justesse), permettent aussi d'identifier des tendances.

Les gestionnaires communiquent les résultats de l'analyse des incidents (p. ex., aux usagers et aux personnes proches aidantes, à l'instance de gouvernance, à la direction, aux équipes cliniques et aux partenaires externes) afin d'accroître la transparence et la confiance face au mécanisme de gestion des incidents préjudiciables et favoriser des apprentissages découlant des incidents. La base de données « Alertes mondiales sur la sécurité des usagers » en est une interrogeable, et disponible en ligne, où les établissements peuvent partager des leçons tirées des incidents liés à la sécurité.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Un mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers est mis en œuvre avec l'apport des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre. Le mécanisme comprend des procédures pour déclarer et analyser les incidents, recommander des mesures et assurer le suivi des améliorations
2. L'information est partagée avec les usagers, les personnes proches aidantes et la main-d'œuvre afin qu'ils comprennent quels incidents doivent être déclarés, dans quelles circonstances, quand et comment le faire.
3. Une formation documentée sur l'intervention immédiate lors d'incidents liés à la sécurité des usagers est mise en œuvre pour la main-d'œuvre.



Culture de sécurité

4. Il existe des procédures pour examiner les incidents, et des critères sont utilisés pour établir la priorité des incidents qui seront analysés plus en profondeur.
5. Toutes les mesures recommandées découlant des analyses des incidents sont passées en revue et les raisons qui soutiennent la mise de l'avant, le rejet ou le report de leur mise en œuvre sont consignées.
6. L'information sur les mesures recommandées et les améliorations apportées à la suite de l'analyse des incidents est communiquée aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux équipes.
7. L'efficacité du système de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre; recueillir la rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre au sujet du mécanisme en place; assurer la surveillance des rapports sur les incidents liés à la sécurité des usagers en fonction du type d'incident et de sa gravité; examiner si les améliorations sont mises en œuvre et maintenues; déterminer si la main-d'œuvre se sent à l'aise de déclarer les incidents liés à la sécurité des usagers.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J. et al. (2004). L'étude canadienne sur les effets indésirables : l'incidence des effets indésirables dans les hôpitaux canadiens (The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada). *CMAJ (journal de l'Association médicale canadienne)*, vol. 170, p. 1678-1686.

L'Association canadienne de protection médicale (2009). *Leçons à tirer des événements indésirables : Favoriser une culture juste en matière de sécurité dans les hôpitaux et les établissements de santé au Canada*. Ottawa, ON.

Conway J, Federico F, Stewart K, et Campbell MJ (2011). *Gestion respectueuse des effets indésirables cliniques graves (deuxième édition) (Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition))*. Institut pour l'innovation et l'amélioration, série de documents de présentation technique sur l'innovation (IHI Innovation Series White Paper).

Etchegaray, J.M., Ottosen, M.J., Burrell, L. Madelene J. (2014). *Organisation de la participation des usagers et des familles dans le cadre de la divulgation et de l'analyse d'un événement lié à une erreur médicale (Structuring patient and family involvement in medical error event disclosure and analysis)*. *Health Affairs (revue sur les soins de santé)*, vol. 33, p. 46-52.

Gallagher, T.H., Mazo, K.M. (2015). Prendre les plaintes au sérieux : utiliser la perspective de l'utilisateur (Taking complaints seriously: using the patient safety lens). *BMJ Qual Saf. (revue médicale britannique sur la qualité et la sécurité dans le domaine des soins de santé)*, vol. 24, p. 352-325.

Organisation mondiale de la Santé (2009). *Cadre conceptuel de la Classification internationale pour la sécurité des usager (Version 1.1)*. Organisation mondiale de la Santé.



Responsabilité liée à la qualité des soins et services

Année de publication: 2021

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Culture de sécurité

Chapitre 1 Gouvernance

1.3.12 L'instance de gouvernance démontre qu'elle assume ses responsabilités par rapport à la qualité des soins et services offerts par l'établissement.

CONSEILS

Conseils du test de conformité 1 : Le cadre adopté s'inspire de cadres existants dans d'autres territoires de compétences, par exemple, le Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Il comprend une approche normalisée que l'instance de gouvernance utilise pour agir à l'égard de la qualité. Le cadre est adapté aux personnes et aux communautés recevant des soins et services de l'établissement.

Conseils du test de conformité 2 : La formation et l'apprentissage continu aident les membres de l'instance de gouvernance à comprendre la nécessité d'intégrer la qualité à la prestation de ses services. La formation et l'apprentissage continu peuvent prendre plusieurs formes. La formation et l'apprentissage continu peuvent regrouper la formation pédagogique ou en ligne, l'engagement communautaire et la pratique réflexive afin d'accroître les connaissances et les compétences. L'instance de gouvernance a recours aux ressources à sa disposition pour offrir cette formation et cet apprentissage continu.

Conseils du test de conformité 3 : L'instance de gouvernance fixe des objectifs de rendement pour les membres de la haute direction de l'établissement sous son autorité directe, et procède à l'évaluation de ces objectifs. Ainsi, l'instance de gouvernance peut tenir les membres de la haute direction responsables de l'atteinte des objectifs fixés pour la qualité des soins et services et des indicateurs de qualité associés. La surveillance des objectifs de rendement des membres de la haute direction sera accomplie sur une base continue par l'instance de gouvernance, qui devra en outre formuler des commentaires constructifs et utiles sur leur rendement.

Conseils du test de conformité 4 : Le plan d'action repose sur une approche collaborative comprenant les usagers, les partenaires externes et la main-d'œuvre de l'établissement. Le plan d'action énonce les thèmes et les priorités à l'égard desquels l'établissement souhaite agir, les activités, les rôles et les responsabilités des personnes concernées et la façon dont l'établissement évaluera le changement. Le plan d'action d'une instance de gouvernance doit inclure les éléments mis de l'avant dans le cadre reconnu choisi.

Conseils du test de conformité 5 : L'instance de gouvernance démontre un intérêt clair pour la qualité des soins et services en l'inscrivant comme point récurrent à l'ordre du jour des séances courantes et en s'assurant de consacrer suffisamment de temps à l'analyse et à la discussion du plan d'action de l'établissement pour agir à l'égard de la qualité des soins et services. Les discussions doivent être appuyées par des données sur les indicateurs qui comprennent les commentaires de plusieurs parties prenantes, notamment les usagers, les personnes proches aidantes et les partenaires externes. Les indicateurs de qualité clés servant à évaluer la qualité à l'échelle de l'établissement (c.-à-d., les indicateurs d'ensemble) aideront à répondre aux questions à quoi ressemble la qualité des soins et services ? et comment prendre acte de l'amélioration de la qualité ? . Voici des exemples d'indicateurs d'ensemble : Nombre d'usagers



Culture de sécurité

ayant subi un préjudice; Nombre de plaintes d'utilisateurs; Accessibilité aux soins et services en temps opportun; Qualité de vie au travail selon la main-d'œuvre, y compris les indicateurs d'engagement, de maintien en poste et de satisfaction au travail pouvant influencer les capacités cliniques de l'établissement en matière de ressources humaines; Résultats du sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. L'instance de gouvernance applique un cadre reconnu pour orienter les activités liées à la qualité des soins et services offerts par l'établissement.
2. L'instance de gouvernance offre à ses membres de la formation et de l'apprentissage continu sur le thème de la qualité des soins et services – cadre conceptuel de la qualité, principes essentiels de la qualité, indicateurs de qualité clés.
3. L'instance de gouvernance s'assure que les hauts dirigeants de l'établissement sous son autorité directe tiennent compte de la qualité des soins et services dans leurs objectifs de rendement.
4. L'instance de gouvernance s'assure que l'établissement dispose d'un plan d'action pour agir à l'égard de la qualité des soins et services.
5. La qualité des soins et services figure comme point récurrent à l'ordre du jour des séances courantes de l'instance de gouvernance lorsque celles-ci se penchent sur le plan d'action de l'établissement.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Bismark, M. M., Studdert, D. M. (2014). Governance of quality of care: a qualitative study of health service boards in Victoria, Australia (Gouvernance de la qualité des soins : étude qualitative des conseils d'administration des services de santé à Victoria, Australie). *British Medical Journal of Quality and Safety*, vol. 23, no 6, p. 474-482.

Borden Ladner Gervais. (juillet 2019). Governance Best Practices for High Performing Health Provider Boards: Guidance for Ontario Health Care Providers and Organizations (Pratiques optimales en matière de gouvernance pour les conseils de prestataires de soins de santé hautement performants : orientations pour les prestataires et organismes de soins de santé de l'Ontario). Page consultée le 20 juillet 2021, à l'adresse : <https://www.oha.com/Documents/Governance%20Best%20Practices%20for%20High%20Performing%20Health%20Provider%20Boards.pdf>

Brown, A., Dickinson, H. et Kelaher, M. (2018). Governing the quality and safety of healthcare: a conceptual framework (Gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins de santé : cadre conceptuel). *Social Science & Medicine*, vol. 202. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.02.020>

Institut canadien pour la sécurité des patients et Organisation de normes en Santé. (2020). Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Page consultée le 13 juillet 2021, à l'adresse : https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Canadian-Quality-and-Patient-Safety-Framework-for-Health-and-Social-Services/Documents/CPSI-10001-CQPS-Framework-English_FA_Online.pdf

De Regge, M. et Eeckloo, K. (2020). Balancing hospital governance: A systematic review of 15 years of empirical research (Équilibrer la gouvernance des hôpitaux : examen systématique de 15 ans de recherche empirique). *Social Science & Medicine*, vol. 262. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113252>

Frampton, S. B., Guastello, S., Hoy, L., Naylor, M., Sheridan, S. et Johnston-Fleece, M. (2017). Harnessing Evidence and Experience to Change Culture: A Guiding Framework for Patient and Family Engaged Care (Exploitation des données probantes et de l'expérience pour un changement de culture : un cadre directeur pour les soins soucieux de l'utilisateur et des proches). *National Academy of Medicine Perspectives*. <https://doi.org/10.31478/201701f>



Culture de sécurité

Jones, L., Pomeroy, L., Robert, G., Burnett, S., Anderson, J. E. et Fulop, N. J. (2017). How do hospital boards govern for quality improvement? A mixed methods study of 15 organisations in England (Comment les conseils d'administration des hôpitaux régissent-ils l'amélioration de la qualité? Une étude sur les méthodes mixtes menée auprès de 15 organismes en Angleterre). *British Medical Journal of Quality and Safety*, vol. 26, no 12. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006433>

Lorbsbach, B. (décembre 2020). Strengthening Governance Through Self-Assessments: Using a consensus-based framework for board success (Renforcer la gouvernance grâce aux autoévaluations : utiliser un cadre de travail consensuel pour la réussite du conseil). American Hospital Association.

Mazurenko, O., Collum, T., et Menachemi, N. (2019). Trends in governance structure and activities among not-for-profit U.S. hospitals: 2009–2015 (Tendances dans la structure et les activités de gouvernance dans les hôpitaux à but non lucratif aux États-Unis : 2009-2015). *Health Care Management Review*, vol. 44, no 3. <https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000165>

Mitchell, J. I., Izad Shenaz, S. A., Kuziemy, C. (2015). Governance standards: A roadmap for increasing safety at care transitions (Normes de gouvernance : feuille de route pour accroître la sécurité lors des transitions de soins). *Healthcare Management Forum*, vol. 28, no 1, p. 28-33.

OCDE. (sans date). Health care quality framework (Cadre de la qualité des soins de santé). Page consultée le 15 juillet 2021, à l'adresse : <https://www.oecd.org/health/health-care-qualityframework.htm>

OMS, OCDE et Banque mondiale. (2018). Delivering Quality Health Services: A Global Imperative (Prestation de services de santé de qualité : impératif mondial). OMS, Genève, <https://doi.org/10.1787/9789264300309-en>.

Association des hôpitaux de l'Ontario. (sans date). Guide to Good governance (3rd ed) [Guide de la bonne gouvernance] (3e édition).

Association des hôpitaux de l'Ontario. (sans date). Quality and Patient Safety Governance Toolkit (2nd ed) [Boîte à outils sur la gouvernance en matière de qualité et de sécurité des usagers] (2e édition).

Organisation mondiale de la Santé. (2016). Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Page consultée le 19 février 2021, à l'adresse suivante : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf?ua=1

Roberts, J., Durbin, S. (2007). The Board's Role in Quality and Safety: 7 Key Governance Questions (Le rôle du conseil d'administration en matière de qualité et de sécurité : 7 questions clés sur la gouvernance). Providence Health & Services.

Smith, J., et Chambers, N. (2019). Mid Staffordshire: A Case Study of Failed Governance and Leadership? (Mid Staffordshire : une étude de cas sur l'échec de la gouvernance et du leadership?). *The Political Quarterly*, vol. 90, no 2. <https://doi.org/10.1111/1467-923X.12698>

The Governance Institute. (2019). Transform Governance to Transform Healthcare: Boards need to move faster to facilitate change (Transformer la gouvernance pour transformer les soins de santé : nécessité pour les conseils d'agir plus rapidement pour faciliter le changement). Page consultée le 16 juillet 2021, à l'adresse : <https://www.governanceinstitute.com/page/2019BiennialSurvey>



Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique

Année de publication: 2013

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Communication

Chapitre 4 Leadership – Gestion de la qualité et des risques

4.2.6 Les gestionnaires de l'établissement utilisent un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.

CONSEILS

Le bilan comparatif des médicaments est reconnu comme une initiative importante du point de vue de la sécurité par l'Organisation mondiale de la Santé. L'établissement du bilan comparatif peut être un moyen rentable pour réduire les erreurs liées aux médicaments (p. ex., omissions, duplications, commandes incorrectes) et les remaniements souvent associés à la gestion des médicaments.

Le bilan comparatif des médicaments est un processus en trois étapes au cours duquel l'équipe (c.-à-d., les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens) travaille en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes pour produire le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP), détermine et résout les divergences entre les sources d'information sur les médicaments et transmet une liste de médicaments exacte et complète à l'utilisateur et à son prochain prestataire de services.

Une politique organisationnelle fait état de l'engagement de l'équipe de leadership à l'égard du bilan comparatif des médicaments et fournit les orientations générales (p. ex., un aperçu du processus, la répartition des rôles et des responsabilités, les points de transition où il faut établir le bilan comparatif, les cas d'exception). L'affectation de ressources, entre autres, à la dotation en main-d'œuvre, à la formation, aux outils ou aux technologies de l'information témoigne de l'importance attachée au bilan comparatif des médicaments. La formation de l'équipe devrait inclure la raison d'être du processus et les étapes qu'il comporte.

Un établissement réussira mieux à mettre en œuvre et à maintenir le bilan comparatif des médicaments dans l'ensemble de ses services si le processus est dirigé par une équipe de coordination interdisciplinaire. Selon l'établissement, l'équipe de coordination pourrait comprendre des cadres supérieurs (dont du personnel d'encadrement clinique qui représente les médecins, les soins infirmiers et les pharmaciens), les membres de l'équipe qui prennent part au processus, le personnel de technologie de l'information, des représentants des comités d'amélioration de la qualité, de gestion des risques et de sécurité, de même que des usagers et des personnes proches aidantes.

En consultation avec l'équipe de coordination et les membres de l'équipe clinique, il est important d'évaluer dans quelle mesure la politique relative à l'établissement du bilan comparatif des médicaments est respectée (p. ex., les usagers reçoivent-ils le bilan comparatif des médicaments ? le meilleur schéma thérapeutique possible est-il consigné ?). Il faut aussi évaluer la qualité du processus (p. ex., le meilleur schéma thérapeutique possible est-il complet?, les divergences entre les médicaments sont-elles décelées et résolues ?).



Communication

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Une politique et une procédure sur le bilan comparatif des médicaments sont en place pour recueillir et utiliser des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'utilisateur à tous les points de transition des soins.
2. Les rôles et responsabilités en ce qui concerne l'établissement du bilan comparatif des médicaments sont définis.
3. Un plan organisationnel est dirigé par une équipe de coordination interdisciplinaire en vue de maintenir l'établissement du bilan comparatif des médicaments.
4. Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent une formation pertinente.
5. La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Agrément Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Institut canadien pour la sécurité des patients et l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. (2012). Bilan comparatif des médicaments au Canada : hausser la barre – Progrès à ce jour et chemin à parcourir. Ottawa, ON : Agrément Canada.

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM).(2013).Établissement du bilan comparatif des médicaments. Fiche d'information de l'ACPM. ACPM.

Coutts, J., Colquhoun, M., Owen M., Drenth, B. (2013). Medication reconciliation: the priority that isn't. Healthc. Q., vol. 16, n° 4, p. 32-35.

Feldman, L.S., Costa, L.L., Feroli, E.R., Nelson, T., Poe, S.S., Frick, et al. (2012). La collaboration entre infirmières et pharmaciens pour l'établissement du bilan comparatif prévient des risques potentiels. J. Hosp. Med., vol. 7, n° 5, p. 396-401.

Greenwald, J. L., Halasyamani, L., Greene, J., LaCivita, C., Stucky, E., Benjamin, B., et al. (2010). Faire en sorte que l'établissement du bilan comparatif soit centré sur l'utilisateur, pertinent sur le plan clinique et applicable : un énoncé consensuel sur les principes clés et les premières étapes nécessaires. J. Hosp. Med. vol. 5, n° 8, p. 477-485.

Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. (2013). Des processus d'établissement du bilan comparatif de qualité sont essentiels. Faits en cas d'incident critique - Ontario. Numéro 3.

Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. (2011). Optimiser l'usage sécuritaire des médicaments aux points de transition - créer un défi d'envergure nationale. Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients – Canada.

Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada et Institut canadien pour la sécurité des patients. (2012). Stratégie pancanadienne de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments : Identification des leaders en matière de pratique pour l'établissement du bilan comparatif au Canada. Institut canadien pour la sécurité des patients.

Karapinar-Carkit, F., Borgsteede, S. D., Zoer, J., Egberts, T. C., van den Bemt, P. M., et van, T. M. (2012). Effet de l'établissement du bilan comparatif sur les coûts des médicaments après le congé de l'hôpital en lien avec les coûts de main-d'œuvre pour la pharmacie d'hôpital. Ann. Pharmacother., vol. 46, p. 329-338.

Chercheurs de MARQUIS. (2014). Manuel de mise en œuvre de MARQUIS. Guide pour l'amélioration de la qualité des pratiques d'établissement du bilan comparatif. Society for Hospital Medicine. Philadelphia, PA.



Communication

Karnon, J., Campbell, F., et Czoski-Murray, C. (2009). Analyse du rapport coût-efficacité des interventions visant à prévenir les erreurs médicales lors de l'admission à l'hôpital (établissement du bilan comparatif).

J. Eval. Clin. Pract., vol. 15, p. 299-306.

Chercheurs de MARQUIS. (2014). Manuel de mise en œuvre de MARQUIS. Guide pour l'amélioration de la qualité des pratiques d'établissement du bilan comparatif. Société pour la médecine hospitalière (Society for Hospital Medicine). Philadelphia, PA.



Communication

Liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés

Année de publication: 2023

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Communication

Chapitre 10 Gestion du circuit des médicaments

10.6.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de l'adhésion à la « liste à jour des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés » qui s'applique à toutes les communications liées à la médication

CONSEILS

Conseils du test de conformité 1: Les abréviations mal interprétées, y compris les abréviations de noms de médicaments, les symboles et les désignations de doses, peuvent causer des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments, comme des médicaments incorrects, des doses incorrectes ou des modes d'emploi incorrects qui peuvent entraîner des préjudices aux usagers.

L'élaboration de la « liste » de l'établissement s'appuie sur la recherche, les pratiques de sécurité fondées sur des données probantes et les données de déclaration des incidents aux paliers organisationnels, juridictionnel et national. De plus, la « liste » s'appuie sur les recommandations des ordres professionnels et des organisations axées sur la sécurité désignées par les autorités compétentes, comme l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada.

Parmi les exemples d'abréviations, de symboles et de désignations de doses à éviter dans toute communication liée à la médication, mentionnons les formes abrégées des noms de médicaments; « u » pour unité; les symboles tels que @, > ou <; et les zéros de tête ou de queue.

Conseils du test de conformité 2: La procédure de l'établissement pour l'adhésion à la « liste » est élaborée à partir de pratiques de sécurité fondées sur des données probantes et reflète le type de soins dispensés, le contexte de soins et les populations desservies. La procédure de l'établissement vise à prévenir, détecter et résoudre en temps utile l'utilisation des abréviations, symboles et désignations de doses figurant sur la « liste » dans toutes les communications liées à la médication.

Les équipes cliniques adhèrent à la « liste » tout au long du processus de gestion du circuit du médicament et dans toutes les communications écrites et électroniques liées à la médication. Cela comprend les ordonnances manuscrites, les systèmes informatiques d'entrée des ordonnances y compris les champs de texte libre, les formulaires d'étiquetage des médicaments, les ensembles d'ordonnances standardisées, les étiquettes du lieu d'entreposage, les formules maîtresses, les feuilles d'administration des médicaments, les ressources pratiques, les cabinets de distribution automatisée, les pompes à perfusion intelligentes, les dossiers cliniques et le matériel éducatif destiné aux prestataires de soins de santé et aux usagers.

La résolution de la non-adhésion à la « liste » peut inclure une note de clarification de l'ordonnance dans le dossier clinique, signée par le membre approprié de l'équipe, telle que définie dans la procédure organisationnelle. La résolution ne doit pas être un facteur limitant l'administration du médicament, ce qui pourrait avoir une incidence significative sur le résultat des soins.



Communication

Conseils du test de conformité 3: L'éducation renforce le fait que, même si les abréviations, les symboles et les désignations de dose semblent faire gagner du temps, ils peuvent causer des retards inutiles et risqués pour ceux qui doivent les interpréter tout au long du processus de gestion du circuit du médicament et peuvent entraîner un préjudice aux usagers.

Une formation comprenant des activités de sensibilisation à la procédure de l'établissement visant à adhérer à la « liste » est dispensée aux équipes cliniques, y compris aux prescripteurs, lors de l'orientation et de manière continue. Si l'établissement propose des stages cliniques, les étudiants, les résidents et les boursiers reçoivent la formation requise avant de prodiguer des soins.

Les expériences vécues par les usagers et les personnes proches aidantes fournissent des connaissances qui sont utilisées pour éclairer les activités d'éducation.

Conseils du test de conformité 4: La déclaration des incidents liés aux médicaments résultant de l'utilisation d'abréviations, de symboles et de désignations de doses mal interprétés est sollicitée, facilitée et soutenue par une culture organisationnelle de la sécurité. Les incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments impliquant l'utilisation d'une abréviation, d'un symbole ou d'une désignation de dose peuvent être déclarés par tout membre de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes.

Les apprentissages tirés de la déclaration et de l'analyse des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments permettent de mettre à jour régulièrement la « liste » et les pratiques de sécurité associées. Les recommandations découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments sont communiquées aux équipes cliniques de l'établissement. Les gestionnaires sont encouragés à communiquer également les résultats et les recommandations relatives aux incidents liés à l'utilisation sécuritaire des médicaments aux partenaires concernés, y compris les ordres professionnels et les organisations axées sur la sécurité désignées par les autorités compétentes.

La « liste » est tenue à jour pour refléter les changements dans les pratiques organisationnelles et l'introduction de nouvelles pratiques de soins dans les établissements de soins. Les changements apportés à la « liste » sont communiqués comme indiqué dans la procédure organisationnelle pour adhérer à la « liste ».

Conseils du test de conformité 5: Un plan d'amélioration de la qualité permet aux gestionnaires et aux équipes cliniques de déterminer ce qui va bien et ce qui doit être amélioré dans la gestion du circuit du médicament, y compris l'adhésion à la « liste ». Les indicateurs de sécurité des médicaments liés à la « liste » sont identifiés. Les données des indicateurs sont recueillies régulièrement et sont utilisées pour éclairer le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement.

Voici des exemples d'indicateurs liés à la sécurité des médicaments associés à la « liste »:

- Le nombre d'incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments associés à une mauvaise interprétation des abréviations, symboles et désignation des doses;
- Les résultats de l'audit des moyens de communications liées à la médication pour évaluer l'adhésion à la « liste »;
- La rétroaction des équipes cliniques sur l'applicabilité de la « liste » et la procédure de l'établissement pour y adhérer;



Communication

- La rétroaction des activités d'éducation et de sensibilisation menées par l'établissement sur la « liste ».

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une liste à jour des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés pour toutes les communications liées à la médication.
2. Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure de l'établissement pour adhérer à la liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés dans toute communication liée à la médication.
3. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la procédure de l'établissement concernant l'adhésion à la liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés.
4. Les gestionnaires de l'établissement signalent l'utilisation des abréviations, symboles et désignations de doses mal interprétés comme des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments.
5. Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement comprend des activités visant à améliorer l'adhésion à la liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisées.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Haseeb, A., Winit-Watjana, W., Bakhsh, A., et coll. (2016). Effectiveness of a pharmacist-led educational intervention to reduce the use of high-risk abbreviations in an acute care setting in Saudi Arabia: A quasi-experimental study. (Efficacité d'une intervention éducative dirigée par un pharmacien pour réduire l'utilisation d'abréviations à haut risque dans un établissement de soins de courte durée en Arabie saoudite : Une étude quasi-expérimentale.) British Medical Journal Open, vol. 6, no 6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011401>

Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments. (2021). List of error-prone abbreviations. (Liste d'abréviations sujettes aux erreurs.) Page consultée le 19 janvier 2023, à l'adresse : <https://www.ismp.org/recommendations/error-prone-abbreviations-list>

Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments au Canada. (s.d.). Do not use: List of dangerous abbreviations, symbols, and dose designations. (Ne pas utiliser : Liste des abréviations, symboles et désignations de doses dangereuses.) Page consultée le 19 janvier 2023, à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/resource/do-not-use-list/>

Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments au Canada. (2006). Eliminate use of dangerous abbreviations, symbols, and dose designations. (Éliminer l'utilisation d'abréviations, de symboles et de désignations de dose dangereux.) ISMP Canada Safety Bulletin, vol. 6, no 4. <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2006-04Abbr.pdf>

Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments au Canada. (2018). Rearming the "Do not use: Dangerous abbreviations, symbols and dose designations" list. (Confirmation de la liste « Ne pas utiliser : Abréviations, symboles et désignations de dose dangereux ».) ISMP Canada Safety Bulletin, vol. 18, no 4). <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2018-05-DoNotUseList.pdf>

Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments en Espagne. (2004). Abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación. (Abréviations, symboles et expressions de dosage associés aux erreurs de médication.) Seguridad de Medicamentos, vol. 28, no 2. <https://www.ismp-espana.org/ficheros/abreviaturas.pdf>



Communication

Koczmara, C., Jelincic, V., et Dueck, C. (2005). Dangerous abbreviations: “U” can make a difference! (Les abréviations dangereuses : « U » peut faire la différence!) Dynamics, vol. 16. https://www.researchgate.net/publication/6115590_Dangerous_abbreviations_U_can_make_a_difference

Li, E., Marrandino, J., Marshall, S., Harris, D., Slavik, R. et Gorman, S. (2021). Evaluation of the quality of ‘do not use’ medication abbreviation audits: A key enabler to successful implementation of audit and feedback. (Évaluation de la qualité des audits des abréviations de médicaments « à ne pas utiliser » : Un élément clé pour une mise en œuvre réussie de l'audit et la rétroaction.) International Journal of Clinical Pharmacy, vol. 43, no 3. <https://doi.org/10.1007/s11096-021-01232-3>

Mondaca-Gomez, K. et Vergara, N. F. (2020). Use of unsafe abbreviations in medical prescription and medication errors: A narrative review. (Utilisation d'abréviations dangereuses dans les prescriptions médicales et erreurs de médication : Un examen narratif.) Chilean Medical Journal, vol. 148, no 6. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000600842>

Samaranayake, N., Cheung, D., Lam, M., Cheung, T., et coll. (2014). The effectiveness of a ‘do not use’ list and perceptions of health care professionals on error-prone abbreviations. (L'efficacité d'une liste « à ne pas utiliser » et les perceptions des professionnels de la santé sur les abréviations sujettes aux erreurs.) International Journal of Clinical Pharmacy, vol. 36. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25098946/>

Sullivan D. (2020). Preventing medication errors in pharmacy practice: Learning objectives for online education/training module. (Prévention des erreurs de médication dans la pratique de la pharmacie : Objectifs d'apprentissage pour un module d'éducation ou de formation en ligne.) https://kipdf.com/preventing-medication-errors-in-pharmacy-practice_5adb3cf7f8b9a184f8b4601.html

Sommaire sur le problème lié à la sécurité des médicaments (Medication safety issue brief). Éliminer les abréviations, acronymes et symboles dangereux (Eliminating dangerous abbreviations, acronyms and symbols) (2005). Hospitals and Health Networks (hôpitaux et réseaux de santé), vol. 79, p. 41-42.

Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments - Canada (Institute for Safe Medication Practices - Canada) (2006). Éliminer l'utilisation dangereuse d'abréviations, de symboles et de certaines inscriptions numériques. Bulletin de l'ISMP Canada.

Koczmara, C., Jelincic, V., et Dueck, C. (2005). Vous pouvez faire une différence - Éliminer l'utilisation d'abréviations dangereuses! Dynamics (revue sur les dynamiques), vol. 16, p. 11-15.



Utilisation des médicaments

Gérance des antimicrobiens

Année de publication: 2012

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Utilisation des médicaments

Chapitre 10 *Gestion du circuit des médicaments*

10.1.3 Le comité interdisciplinaire assure la mise en œuvre d'un programme de gérance des antimicrobiens.

CONSEILS

L'utilisation d'agents antimicrobiens s'avère une intervention utile en santé, mais elle peut entraîner des conséquences non intentionnelles comme le développement d'organismes résistants aux agents antimicrobiens. Les bactéries résistantes aux antibiotiques ont une incidence importante sur la santé et la sécurité des usagers, ainsi que sur les ressources du système de soins et services de santé.

La gérance des antimicrobiens est une activité qui comprend la sélection du traitement antimicrobien pertinent et l'établissement de la posologie, de la voie d'administration et de la durée. Les programmes de gérance des antimicrobiens mettent principalement l'accent sur l'utilisation adéquate des antimicrobiens afin d'obtenir les meilleurs résultats chez les usagers, la réduction des risques d'infections, la réduction ou la stabilisation des niveaux de résistance aux antibiotiques et l'appui à la sécurité des usagers.

Les établissements sont encouragés à adopter une approche de gérance des antimicrobiens qui correspond à leur taille, à leur milieu de service et à leur population d'usagers. Ils sont aussi encouragés à établir des processus pour le suivi et l'amélioration du programme. Pour réussir, un programme de gérance des antimicrobiens a besoin d'une collaboration entre les équipes de gérance des antimicrobiens, de la pharmacie et de la prévention des infections. Le soutien des administrateurs de l'hôpital, de la direction de la main-d'œuvre médicale et des prestataires de soins et services de santé est essentiel.

Les interventions pour optimiser l'utilisation d'antimicrobiens peuvent inclure un formulaire d'antimicrobiens ciblés et des indications approuvées, de la formation, des ordonnances standardisées d'antimicrobiens, des conseils et des cheminements cliniques pour l'utilisation d'antimicrobiens, des stratégies de simplification ou d'allègement du traitement, l'optimisation de la posologie et la conversion parentérale à orale des antimicrobiens (le cas échéant).

REMARQUE : La norme *Programme de gérance des antimicrobiens* (HSO 5030:2020) de HSO a été élaborée pour servir de document ressource pour les programmes Qmentum^{MD} afin de soutenir la mise en œuvre de la POR sur la gérance des antimicrobiens existante. Ce document ressource précise les exigences pour les organismes lorsqu'ils élaborent, mettent en œuvre, communiquent, tiennent à jour et évaluent les activités liées à l'utilisation des antimicrobiens et à la résistance aux antimicrobiens à l'échelle organisationnelle. Nous encourageons les établissements qui souhaitent accorder une attention particulière à la mise en place d'un programme de gérance des antimicrobiens structuré et résilient à utiliser ce document de référence conjointement avec la POR Gérance des antimicrobiens. La norme *Programme de gérance des antimicrobiens* est disponible dans la section des ressources sur le portail.



Utilisation des médicaments

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Un programme de gérance des antimicrobiens est mis en œuvre.
2. Les rôles et responsabilités de la mise en œuvre du programme sont bien définis.
3. Le programme est interdisciplinaire et comprend la participation des pharmaciens, des infectiologues, des spécialistes en prévention des infections, des médecins, et selon la disponibilité et la pertinence, des technologues de laboratoire de microbiologie, des usagers, du personnel infirmier, des administrateurs de l'hôpital et des spécialistes des systèmes d'information.
4. Le programme inclut des interventions pour optimiser l'utilisation d'antimicrobiens.
5. Le programme de gérance des antimicrobiens inclut des activités d'amélioration continue et les résultats sont communiqués aux parties concernées à l'interne.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Association des hôpitaux américains (American Hospital Association) (2014). Utilisation appropriée des ressources médicales : Trousse de gérance des antimicrobiens (Appropriate Use of Medical Resources: Antimicrobial Stewardship Toolkit).

Partenariat canadien pour la sensibilisation aux antibiotiques (Canadian Antibiotic Awareness Partnership) (2012). Sensibilisation aux antibiotiques - Fournisseurs de soins de santé (Antibiotic Awareness - Health Care Providers). www.antibioticawareness.ca/?page_id=58.

Centres de contrôle et de prévention de la maladie (Centers for Disease Control and Prevention (2010)). Renforcez vos connaissances sur les soins de santé - Données probantes pour la promotion de la gérance (Get Smart for Healthcare - Evidence to Support Stewardship).

Coenen, S., Ferech, M., Haaijer-Ruskamp, F. M., Butler, C. C., Vander Stichele, R. H., Verheij, T. J. et al. (2007). Surveillance européenne de la consommation d'antimicrobiens (ESAC) : indicateurs de qualité concernant la consommation d'antibiotiques chez les malades vus en consultation en Europe (European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): quality indicators for outpatient antibiotic use in Europe). Qual. Saf Health Care (revue sur l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins de santé), vol. 16, p. 440-445.

Del Arco, A., Tortajada, B., de la Torre, J., Olalla, J., Prada, J.L., Fernández, F., Rivas, F., Gracia-Alegría, J., Faus, V., et Montiel, N. (2014). Les répercussions du programme de gérance des antimicrobiens sur l'utilisation des antimicrobiens et l'évolution de la résistance aux médicaments (The impact of an antimicrobial stewardship programme on the use of antimicrobials and the evolution of drug resistance). Eur J Clin Microbiol Infect Dis. (revue européenne médicale mensuelle sur la microbiologie clinique et les maladies infectieuses) (août).

Dellit, T. H., Owens, R. C., McGowan, J. E., Jr., Gerding, D. N., Weinstein, R. A., Burke, J. P. et al. (2007). Conseils de la Société américaine des maladies infectieuses des États-Unis et de la Société américaine de l'épidémiologie hospitalière pour le développement d'un programme institutionnel visant l'amélioration de la gérance des antimicrobiens (Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship). Clin. Infect. Dis. (revue sur les maladies infectieuses), vol. 44, p. 159-177.

Commission mixte sur les ressources (Joint Commission Resources) (2012). Trousse de gérance des antimicrobiens (Antimicrobial Stewardship Toolkit).

Morris, A. M., Brener, S., Dresser, L., Daneman, N., Dellit, T. H., Avdic, E. et al. (2012). Utilisation d'un comité de sélection structuré pour définir des paramètres de qualité pour des programmes de gérance des antimicrobiens (Use of a structured panel process to define quality metrics for antimicrobial stewardship programs).



Utilisation des médicaments

Infect. Control Hosp. Epidemiol. (revue médicale sur le contrôle des infections et l'épidémiologie hospitalière), vol. 33, p. 500-506.

Santé publique Ontario (2012). Santé publique Ontario - Programme de gestion des antimicrobiens.

Yam, P., Fales, D., Jemison, J., Gillum, M., Bernstein, M. (2012). Mise en œuvre d'un programme de gestion des antimicrobiens dans un hôpital rural (Implementation of an antimicrobial stewardship program in a rural hospital). Am. J. Health-Syst. Pharm. (revue médicale sur les traitements et la pratique en pharmacie propres aux hôpitaux), vol. 69, p. 1142-1148.



Gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé

Année de publication: 2023

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Utilisation des médicaments

Chapitre 10 Gestion du circuit des médicaments

10.4.3 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé

CONSEILS

Conseils du test de conformité 1 : Les médicaments de niveau d'alerte élevé sont des médicaments qui présentent un risque élevé de causer un préjudice important à l'utilisateur lorsqu'ils sont administrés par erreur.

Une évaluation des risques est effectuée pour déterminer et créer une liste des médicaments de niveau d'alerte élevé utilisés dans l'établissement. L'évaluation des risques prend en compte, au minimum, les anticoagulants, les types d'insuline, les agents chimiothérapeutiques, les opioïdes, les agents bloquants neuromusculaires et les électrolytes concentrés. En outre, l'évaluation des risques tient compte du type de soins dispensés, du type de soins comme les soins chirurgicaux, les soins palliatifs, les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile; et des populations desservies, comme les nouveau-nés, les enfants, les jeunes, les adultes ou les personnes âgées.

L'élaboration de la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé de l'établissement s'appuie également sur la recherche, les pratiques de sécurité fondées sur des données probantes et les données de déclaration d'erreurs aux paliers organisationnel, juridictionnel et national. De plus, la liste s'inspire de la dernière version des listes de médicaments de niveau d'alerte élevé élaborées par des ordres professionnels et des organisations axées sur la sécurité désignées par les autorités compétentes, comme l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada.

Conseils du test de conformité 2: La procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé est élaborée à partir de pratiques de sécurité fondées sur des données probantes et reflète le type de soins dispensés, le type de soins et les populations desservies. La procédure de l'établissement vise à atténuer le risque de préjudice et à optimiser l'utilisation sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.

La procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé comprend les pratiques de sécurité suivantes.

Achats

- Informer les équipes cliniques des changements apportés à la liste des médicaments de l'établissement, y compris les directives actualisées pour une prescription et une administration sécuritaire.

Entreposage

- Utiliser des technologies d'appui telles que le codage à barres pour identifier le moment où les médicaments sont reçus, entreposés ou retournés à l'inventaire.
- Limiter l'accès aux médicaments de niveau d'alerte élevé dans le milieu de soins.
- Effectuer des vérifications de routine, y compris l'identification des médicaments tels que



Utilisation des médicaments

l'insuline, les électrolytes concentrés ou l'héparine à concentration élevée ou à quantité totale élevée qui sont entreposés en toute sécurité dans le milieu de soins.

- Mettre en œuvre des pratiques de sécurité supplémentaires lorsqu'une décision est prise d'entreposer des médicaments de niveau d'alerte élevé dans le milieu de soins.

Prescription

- Utiliser des ensembles d'ordonnances prédéfinis et des protocoles normalisés pour soutenir l'utilisation sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.

Distribution

- Utiliser des produits prémélangés ou des seringues déjà remplies disponibles commercialement ou préparés par la pharmacie.
- Fournir des produits prémélangés ou des seringues déjà remplies, lorsque c'est possible, afin de mettre à disposition des produits prêts à l'emploi au point de service.
- Ajouter des étiquettes d'avertissement auxiliaires aux médicaments de niveau d'alerte élevé si la technologie du code à barres n'est pas utilisée au point de service.

Administration

- Utiliser des pompes programmables avec des bibliothèques de médicaments qui intègrent des limites pour le dosage et/ou le volume de perfusion.
- Utiliser les alertes automatiques des pompes programmables qui sont conformes aux ensembles d'ordonnances prédéfinis et aux protocoles normalisés.
- Recourir à des doubles vérifications indépendantes, y compris l'utilisation de la technologie du code à barres.

Surveillance

- Intégrer les paramètres de surveillance dans les ensembles d'ordonnances prédéfinis et les protocoles normalisés.
- Envisager la possibilité d'une erreur de médication ou d'une réaction indésirable à un médicament lorsque l'état clinique d'un usager change de façon significative.

Conseils du test de conformité 3: Une formation comprenant des activités de sensibilisation sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé est dispensée aux équipes cliniques, y compris aux prescripteurs, lors de l'orientation et de manière continue. Si l'établissement propose des stages cliniques, les étudiants, les résidents et les boursiers reçoivent la formation requise avant de prodiguer des soins.

L'expertise, l'expérience et les connaissances des professionnels de la santé qui prescrivent, préparent, délivrent et administrent des médicaments de niveau d'alerte élevé sont utilisées pour éclairer les activités d'éducation et de sensibilisation. Les pratiques sécuritaires et l'adhésion à la procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé sont continuellement renforcées dans le cadre d'occasions d'apprentissage comme les rencontres interdisciplinaires sur la sécurité des médicaments et la communication des recommandations découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments en ce qui concerne les médicaments de niveau d'alerte élevé.

Les usagers et les personnes proches aidantes reçoivent une formation sur les médicaments de niveau d'alerte élevé et sont encouragés à poser des questions, à faire part de leurs préoccupations et à prendre part aux conversations. Leurs expériences vécues fournissent des connaissances qui sont utilisées pour éclairer les activités d'éducation.



Utilisation des médicaments

Conseils du test de conformité 4: Les enseignements tirés de la déclaration et de l'analyse des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments de niveau d'alerte élevé permettent de mettre régulièrement à jour la liste de ces médicaments et les pratiques de sécurité associées.

Les recommandations découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments sont communiquées aux équipes cliniques de l'établissement. Les gestionnaires sont encouragés à communiquer également les résultats et les recommandations relatives aux incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments aux partenaires concernés, y compris les ordres professionnels et les organisations axées sur la sécurité désignées par les autorités compétentes.

La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé utilisés dans l'établissement est tenue à jour afin de refléter les changements apportés aux pratiques organisationnelles, l'introduction de nouvelles pratiques de soins dans les milieux de soins et les nouveaux médicaments disponibles sur le formulaire thérapeutique. Les changements apportés à la liste sont communiqués aux équipes cliniques comme indiqué dans la procédure organisationnelle pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.

Conseils du test de conformité 5: Un plan d'amélioration de la qualité permet aux gestionnaires et aux équipes cliniques d'identifier ce qui va bien et ce qui doit être amélioré dans la gestion du circuit du médicament, y compris la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.

Les indicateurs de sécurité des médicaments liés aux médicaments de niveau d'alerte élevé sont identifiés. Les données relatives à ces indicateurs sont recueillies régulièrement et sont utilisées pour éclairer le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement. Voici des exemples d'indicateurs de sécurité des médicaments liés aux médicaments de niveau d'alerte élevé :

- Le nombre d'incidents de sécurité liés mettant en cause les médicaments de niveau d'alerte élevé qui ont été déclarés;
- Les résultats des vérifications des zones d'entreposage des médicaments pour évaluer la conformité à la procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé;
- La rétroaction des équipes cliniques sur l'applicabilité de la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé et la procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé;
- La rétroaction sur les activités d'éducation et de sensibilisation menées par l'établissement sur la sécurité des médicaments de niveau d'alerte élevé.



Utilisation des médicaments

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une liste à jour des médicaments de niveau d'alerte élevé utilisés dans leur établissement.
2. Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.
3. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.
4. Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé est régulièrement mise à jour pour intégrer les enseignements tirés des rapports et des analyses des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments.
5. Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement comprend des activités visant à améliorer les pratiques de sécurité liées aux médicaments de niveau d'alerte élevé.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Aly, NAE, Ghoneim, TAM., Hassan, OS. (2016). Role of head nurses in managing the safety of high alert medications in critical care units. (Rôle des infirmières en chef dans la gestion de la sécurité des médicaments de niveau d'alerte élevé dans les unités de soins intensifs.) Journal of Natural Sciences and Research, vol. 6, no 8. <https://core.ac.uk/download/pdf/234656336.pdf>

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2000). High risk medicines resources. (Ressources en médicaments de niveau d'alerte élevé.) Page consultée le 19 janvier 2023, à l'adresse : <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/medication-safety/high-risk-medicines/high-risk-medicines-resources>

Esfahani AK, Varzaneh, FR, Changiz, T. (2016). The effect of clinical supervision model on high alert medication safety in intensive care units nurses. (L'effet du modèle de supervision clinique sur la sécurité des médicaments de niveau d'alerte élevé chez le personnel infirmier des unités de soins intensifs.) Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, vol. 21, no 5. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.193394>

Ministère de la santé Malaisie. (2020). Guideline on safe use of high alert medications (HAMS) 2nd edition. (Directive sur l'utilisation en toute sécurité des médicaments de niveau d'alerte élevé, 2e édition.) Page consultée le 19 janvier 2023, à l'adresse : https://www.pharmacy.gov.my/v2/sites/default/files/document-upload/guideline-safe-use-high-alert-medications-hams-2nd-edition_1.pdf

Qualité de la santé Ontario. (2021). Quality standards: Medication safety: Care in all settings. (Normes de qualité : Sécurité des médicaments : Soins dans tous les milieux.) Page consultée le 19 janvier 2023, à l'adresse : <https://hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-medication-safety-quality-standard-en.pdf>

Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (2018). High-alert medications in acute care settings. (Médicaments de niveau d'alerte élevé dans les établissements de soins de courte durée.) Page consultée le 19 janvier 2023, à l'adresse : <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-acute-list>

Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (2021). High-alert medications in community/ambulatory care settings. (Médicaments de niveau d'alerte élevé dans les établissements de soins communautaires ou ambulatoires.) Page consultée le 19 janvier 2023, à l'adresse : <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-community-ambulatory-list>



Utilisation des médicaments

Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (2021). High-alert medications in long-term care (LTC) settings. (Médicaments de niveau d'alerte élevé dans les établissements de soins de longue durée (SLD).) Page consultée le 19 janvier 2023, à l'adresse : <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-long-term-care-list>

Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. High-alert medication list. (Liste de médicaments de niveau d'alerte élevé.) Page consultée le 19 janvier 2023, à l'adresse : <https://ismpcanada.ca/resource/highalertlist/>

Labib JR, Labib-Youssef MR, Fatah S. (2018). High alert medications administration errors in neonatal intensive care unit: A pediatric tertiary hospital experience. (Erreurs d'administration de médicaments de niveau d'alerte élevé dans une unité de soins intensifs néonataux : l'expérience d'un hôpital tertiaire pédiatrique.) Turkish Journal of Pediatrics, vol. 60, no 3. <https://doi.org/10.24953/turkjpmed.2018.03.007>

Ministère de la santé de Singapour. (2021). The national guidelines on high alert medications 2021. (Les directives nationales sur les médicaments de niveau d'alerte élevé 2021.) Page consultée le 19 janvier 2023, à l'adresse : <https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider4/default-document-library/national-guidelines-on-high-alert-medications.pdf>

Otero MJ et coll. (2021). Utility of a trigger tool (TRIGGER-CHRON) to detect adverse events associated with high-alert medications in patients with multimorbidity. (Utilité d'un outil-déclencheur (TRIGGER-CHRON) pour détecter les événements indésirables associés aux médicaments de niveau d'alerte élevé chez les usagers atteints de multimorbidité.) European Journal of Hospital Pharmacy: Science and Practice, vol. 28, suppl. no 2. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2019-002126>

Sessions LC et coll. (2019). Nurses' perceptions of high-alert medication administration safety: A qualitative descriptive study. (Perception par le personnel infirmier de la sécurité de l'administration des médicaments de niveau d'alerte élevé : Une étude qualitative descriptive.) Journal of Advanced Nursing, vol. 75, no 12. <https://doi.org/10.1111/jan.14173>

Sullivan KM et coll. (2021). Enhancing high alert medication knowledge among pharmacy, nursing, and medical staff. (Améliorer les connaissances sur les médicaments de niveau d'alerte élevé parmi le personnel pharmaceutique, infirmier et médical.) Journal of Patient Safety, vol. 17, no 4. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182878113>

Wang M et coll. (2020). Barriers and facilitators to optimal oral anticoagulant management: A scoping review. (Obstacles et facilitateurs de la gestion optimale des anticoagulants oraux : Une étude de la portée.) Journal of Thrombosis & Thrombolysis, vol. 50, no 3. <https://doi.org/10.1007/s11239-020-02056-0>

Washburn NC et coll. (2021). High-alert medication stratification tool-revised: An exploratory study of an objective, standardized medication safety tool. (Outil de stratification pharmacologique de niveau d'alerte élevé - révisé : Une étude exploratoire d'un outil objectif et standardisé de sécurité des médicaments.) Journal of Patient Safety, vol. 17, no 7. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000445>

Zyoud SH et coll. (2019). Knowledge about the administration and regulation of high alert medications among nurses in Palestine: A cross-sectional study. (Connaissance de l'administration et de la réglementation des médicaments de niveau d'alerte élevé chez le personnel infirmier en Palestine : Une étude transversale.) BMC Nursing, vol. 18. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0336-0>

Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement, IHI) (2012). Médicaments de niveau d'alerte élevé.

Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP) (2012). Liste de médicaments de niveau d'alerte élevé.



Limitier les formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée

Année de publication: 2023

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Utilisation des médicaments

Chapitre 10 Gestion du circuit des médicaments

10.4.4 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour réduire les préjudices évitables liés aux opioïdes en limitant la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.

CONSEILS

Conseils du test de conformité 1: Les formulations pharmaceutiques à concentration élevée et à dose totale élevée d'opioïdes peuvent accroître le risque de préjudice en raison de leur puissance, de la quantité totale d'opioïdes contenue dans l'emballage et de la nécessité fréquente de procéder à des étapes de calcul et de dilution avant l'administration de la formulation à un usager.

Une évaluation des risques est menée pour cerner et créer une liste des formulations d'opioïdes utilisées dans l'établissement qui présentent un risque pour les usagers. L'évaluation des risques tient compte de la concentration élevée et la dose totale élevée d'opioïdes; du type de soins dispensés, comme les soins chirurgicaux, les soins palliatifs, les soins de courte et de longue durée ou les soins à domicile; et des populations desservies, comme les nouveau-nés, les enfants, les jeunes, les adultes ou les personnes âgées.

L'élaboration de la liste des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée d'un établissement s'appuie également sur la recherche, les pratiques de sécurité fondées sur des données probantes et les données de déclaration d'erreurs aux paliers organisationnel, juridictionnel et national. De plus, la liste s'appuie sur les recommandations des ordres professionnels et des organisations axées sur la sécurité désignées par les autorités compétentes, comme l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada.

Ci-dessous des exemples de formulations d'opioïdes à dose totale élevée pour les établissements de soins de courte et de longue durée :

- Ampoules ou flacons de fentanyl dont la dose totale est supérieure à 100 mcg; Ampoules ou flacons d'HYDROMORPHONE dont la dose totale est supérieure à 2 mg;
- Ampoules ou flacons de morphine avec une dose totale supérieure à 15 mg par formulation dans les établissements de soins pour adultes et à 2 mg dans les établissements de soins pour enfants;
- Cassettes de perfusion d'opioïdes.

Ci-dessous des exemples de formulations d'opioïdes à concentration élevée pour les établissements de soins de courte et de longue durée :

- Flacons d'HYDROMORPHONE à 50 mg/ml;
- Flacons de morphine à 50 mg/ml;
- Concentré de méthadone à usage oral à 10 mg/ml.



Utilisation des médicaments

Ci-dessous des exemples de distribution de formulations d'opioïdes à volume élevé pour les soins à domicile :

- Comprimé d'HYDROMORPHONE à action prolongée à 30 mg limité au minimum à un approvisionnement d'un mois;
- Timbre transdermique de fentanyl à 100 mcg/h dans une boîte en carton de 5 timbres;
- Seringues préremplies contenant chacune 5 mg de morphine dans une enveloppe pour 10 seringues;
- Solution orale de méthadone à 1 mg/ml en flacons de 100 ml.

Conseils du test de conformité 2: La procédure de l'établissement visant à limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès est déterminée et élaborée à partir de pratiques de sécurité fondées sur des données probantes et reflète le type de soins dispensés, et les populations desservies. La procédure de l'établissement vise à atténuer le risque de préjudice et à garantir de façon adéquate une disponibilité des opioïdes et leur accès.

La procédure de l'établissement intègre des pratiques de sécurité comme celles :

- D'éviter l'entreposage de formulations d'opioïdes à dose totale élevée dans le cadre des soins aux usagers;
- De limiter l'inventaire des opioïdes à une concentration élevée dans le cadre de soins aux usagers;
- De fournir des opioïdes dans des formats prêts à l'emploi pour éviter les calculs au lieu d'intervention ou la nécessité de diluer le produit;
- De distribuer les opioïdes en milieu communautaire en quantités limitées, par exemple des stocks de quatre jours plutôt que des stocks mensuels;
- De fournir des opioïdes dans un emballage à dose unitaire;
- De fournir un coffre-fort pour l'entreposage des opioïdes au domicile des usagers;
- D'assurer l'élimination ou le retrait rapide et efficace des opioïdes inutiles et gaspillés.

Conseils du test de conformité 3: La formation qui comprend des activités de sensibilisation sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement visant à limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès sont fournies aux équipes cliniques lors de l'orientation et de manière continue. Si l'établissement propose des stages cliniques, les étudiants, les résidents et les boursiers reçoivent la formation requise avant de prodiguer des soins.

L'expertise, l'expérience et les connaissances des professionnels de santé qui prescrivent, préparent, distribuent et administrent des opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée sont sollicitées pour éclairer les activités de formation et de sensibilisation. Les pratiques sécuritaires et l'observance en ce qui a trait aux procédures de l'établissement visant à limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès sont continuellement renforcées dans le cadre d'occasions d'apprentissage telles que les rencontres interdisciplinaires sur la sécurité des médicaments et la communication des recommandations découlant de l'analyse des incidents de sécurité mettant en cause des médicaments en lien avec les erreurs de médication opioïde.

Les usagers et les personnes proches aidantes reçoivent une formation sur la sécurité des opioïdes et sont encouragés à poser des questions, à faire part de leurs préoccupations et à prendre part à des



Utilisation des médicaments

conversations à propos de la sécurité des opioïdes. Leurs expériences vécues fournissent des connaissances qui sont utilisées pour éclairer les activités d'éducation.

Conseils du test de conformité 4: Les enseignements tirés du rapport et de l'analyse des incidents de sécurité mettant en cause toute la médication opioïde éclairent la mise à jour régulière de la liste des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée, ainsi que les pratiques de sécurité associées.

Les recommandations découlant de l'analyse des incidents de sécurité mettant en cause la médication opioïde sont communiquées aux équipes cliniques de l'établissement. Les gestionnaires sont aussi encouragés à communiquer les résultats et les recommandations des incidents de sécurité mettant en cause la médication aux partenaires concernés dans la communauté y compris les ordres professionnels et les organisations axées sur la sécurité désignées par les autorités compétentes.

La liste des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée utilisées dans l'établissement est tenue à jour pour refléter les changements dans les pratiques organisationnelles, l'introduction de nouvelles pratiques de soins dans les établissements et les nouvelles formulations disponibles. Les modifications de la liste sont communiquées comme indiqué dans la procédure organisationnelle afin de limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose élevée totale et leur accès

Conseils du test de conformité 5: Un plan d'amélioration de la qualité de gestion de la médication permet aux gestionnaires et aux équipes cliniques d'identifier ce qui va bien et ce qui doit être amélioré dans la gestion de la médication y compris la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.

Les indicateurs de sécurité mettant en cause la médication liée à toutes les formulations d'opioïdes sont identifiés. Les données des indicateurs sont recueillies régulièrement et sont utilisées pour éclairer le plan d'amélioration de la qualité de la gestion de la médication. Des exemples d'indicateurs de sécurité mettant en cause la médication en lien avec les opioïdes comprennent :

- Le nombre d'incidents signalés liés à la sécurité mettant en cause la médication opioïde;
- Les résultats de l'audit des zones d'entreposage des médicaments pour évaluer la conformité avec la procédure de l'établissement en vue de limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès;
- La rétroaction des équipes cliniques sur la mise en application de la procédure visant à limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès et de la liste de formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée disponible au sein de l'établissement;
- La rétroaction sur les activités de formation et de sensibilisation dispensées par l'établissement sur la sécurité des opioïdes.



Utilisation des médicaments

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une liste à jour des formulations d'opioïdes disponibles à concentration élevée et à dose totale élevée utilisées dans leur établissement.
2. Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure de l'établissement pour limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.
3. Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement pour limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.
4. Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que la liste des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée soit régulièrement mise à jour pour intégrer les enseignements tirés de tous les rapports et analyses d'incidents de sécurité mettant en cause la médication opioïde.
5. Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement comprend des activités visant à améliorer les pratiques de sécurité liées à la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et à leur accès.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

American Academy of Orthopedic Surgeons. (2017). « Information statement: Appropriate storage and disposal of prescription opioid medicines. » (Document d'information : Entreposage et élimination appropriés des médicaments opioïdes sur ordonnance) Page consultée le 13 octobre 2022, à l'adresse : [\[https://www.aaos.org/globalassets/about/bylaws-library/information-statements/1052-appropriate-storage-and-disposal-of-prescription-opioid-medicines.pdf\]](https://www.aaos.org/globalassets/about/bylaws-library/information-statements/1052-appropriate-storage-and-disposal-of-prescription-opioid-medicines.pdf)

Broman, M. J., Ellis, J., Victor, G., Kollin, R., Pasman, E., Lister, J et Resko, S. (2021). « Predictors of safe prescription opioid storage and participation in drug take-back events: Results from a statewide survey. » *Journal of Community Health*, vol. 46, no 5). [\[https://doi.org/10.1007/s10900-021-00983-4\]](https://doi.org/10.1007/s10900-021-00983-4)

Agence des médicaments et des technologies de la santé au Canada (2017). « Environmental scan: Opioid formulations with tamper-resistance or abuse-deterrent features – Products and policies. » Page consultée le 13 octobre 2022, à l'adresse: [\[https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/ES0298-EH0034_Abuse_Deterrent_Opioid_Formulations.pdf\]](https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/ES0298-EH0034_Abuse_Deterrent_Opioid_Formulations.pdf)

Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2019). « Module 7 Pain management—Topic G: Safe use, storage, and disposal of opioids. Opioid use and opioid use disorder education resource. » Page consultée le 13 octobre 2022, à l'adresse: [\[https://ououd.casn.ca/modules/module-7/topic-7g.html\]](https://ououd.casn.ca/modules/module-7/topic-7g.html)

Institut canadien d'information sur la santé. (2022). « Hospital harm project. » Page consultée le 13 octobre 2022, à l'adresse : [\[https://www.cihi.ca/en/hospital-harm-project\]](https://www.cihi.ca/en/hospital-harm-project)

Fan, M., Tscheng, D., Hamilton, M., Hyland, B., Reding, R., et Trbovich, P. (2019). « Diversion of controlled drugs in hospitals: A scoping review of contributors and safeguards. » *Journal of Hospital Medicine*, vol. 14, no 7. [\[https://doi.org/10.12788/jhm.3228\]](https://doi.org/10.12788/jhm.3228)

Grissinger M. (2018). « Partially filled vials and syringes in sharps containers are a key source of drug diversion. » *Pharmacy and Therapeutics*, vol. 43, no 12. [\[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6281145/\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6281145/)

Qualité de la santé Ontario. (2020). « Opioid prescribing for acute pain: Care for people 15 years of age and older. Information on benefits and harms of opioid use and shared decision making. Statement/Subsection 4. » Page



Utilisation des médicaments

consultée le 13 octobre 2022, à l'adresse : [<https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Quality-Standards/View-all-Quality-Standards/Opioid-Prescribing-for-Acute-Pain/Quality-Statement-4-Information-on-Benefits-and-Harms-of-Opioid-Use-and-Shared-Decision-Making>]

HumanEra, Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. (2022). « Pan Canadian diversion risk assessment tool. » (Outil pancanadien d'évaluation des risques de détournement.) Page consultée le 13 octobre 2022, à l'adresse : [<https://mssa.ismp-canada.org/cdn-diversion>]

Institute for Safe Medication Practice. (2020). « Analysis of paramedicine medication errors uncovers challenges and opportunities for improvement. » Page consultée le 13 octobre 2022, à l'adresse : [<https://www.ismp.org/resources/analysis-paramedicine-medication-errors-uncovers-challenges-and-opportunities-improvement>]

Lamplot, J. D., Prekumar, A., James, E. W., Lawton, C., Pearle, A. (2021). « Postoperative disposal of unused opioids: A systematic review. » HSS Journal: The Musculoskeletal Journal of Hospital for Special Surgery, vol. 17, no 2. [<https://doi.org/10.1177/15563316211001366>]

Lawrence, A. E., Koppera, S., Sebastian, S. J., Fischer, J., Minneci, P. Deans, K. et Cooper, J. (2020). « Opioid use, storage, and disposal in pediatric patients: A prospective observational study. » Academic Surgical Congress Abstracts Archive. [<https://www.asc-abstracts.org/abs2020/64-11-opioid-use-storage-and-disposal-in-pediatric-patients-a-prospective-observational-study/>]

Meena, D., Jayanthi, M., Ramasamy, K. et Thulasingham, M. (2022). « Medicine storage and dispensing facilities in public healthcare pharmacies of Puducherry, India. » Cureus, vol. 14, no 1. [<https://doi.org/10.7759/cureus.21389>]

Patel, T., Hasan, S., Chang, F. et McFarlane, T. (2020). « Controlled substances in hospices after patient death: A cross-sectional survey of Ontario hospices. » International Journal of Clinical Pharmacy, vol. 42, no 5. [<https://doi.org/10.1007/s11096-020-01097-y>]

Wang, G. S., Severtson, G., Bau, G., Dart, R., et Green, J. (2018). « Unit-dose packaging and unintentional buprenorphine-naloxone exposures. » Pediatrics, vol. 141, no 6. [<https://doi.org/10.1542/peds.2017-4232>]

Webb, A., Nichols, M., Shah, N., et Monroe, K. (2020). « Effect of lock boxes and education on safe storage of medications. » Injury Epidemiology, vol. 7, suppl. No 1. <https://doi.org/10.1186/s40621-020-00257-y>

Wlodarczyk, J., Yoon, D. H., Wickham, C., Mirza, K., Lee, S., Cologue, K. et Ault, G. (2022). « Optimizing appropriate disposal of unused postoperative opioid: What happens to unused medication? » Annals of Surgery, vol. 7. [<https://doi.org/10.1177/00031348221114064>]



Cheminement des usagers

Année de publication: 2021

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Milieu de travail/effectif

Chapitre 2 Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

2.7.9 Les gestionnaires de l'établissement optimisent le cheminement des usagers au sein de leur établissement.

CONSEILS

Conseils du test de conformité 1 : Le cheminement des usagers tient compte du parcours de soins des usagers au sein d'un établissement, à l'extérieur d'un établissement et entre les établissements du début jusqu'à la fin de la trajectoire de soins. Il est essentiel de tenir compte du cheminement complet des usagers puisque les obstacles rencontrés à divers moments peuvent entraîner des répercussions importantes sur la santé et les autres aspects du service.

Les gestionnaires s'assurent que la stratégie de cheminement des usagers de l'établissement est conçue conjointement avec les usagers, la communauté, les partenaires externes, la main-d'œuvre et les autres parties prenantes. Les gestionnaires s'assurent que le cheminement des usagers intègre des perspectives interorganisationnelles et intraorganisationnelles afin d'optimiser la sécurité et vise des résultats précis.

Les gestionnaires tiennent compte des éléments suivants lors de l'élaboration de la stratégie de cheminement des usagers : les sources de la demande (p. ex., urgence, admissions imprévues et planifiées, consultation externe, soins de suivi); les variations de la demande; la disponibilité de l'établissement à répondre à une demande extraordinaire; les facilitateurs et obstacles au cheminement des usagers; les risques et conséquences d'une surcapacité (p. ex., incidents préjudiciables).

Les gestionnaires doivent également s'assurer que la stratégie de cheminement des usagers est alignée sur des indicateurs, des mesures ainsi que les exigences provinciales ou territoriales.

Conseils du test de conformité 2 : Le plan d'action opérationnel identifie les stratégies utilisées par l'établissement pour prévenir et gérer de manière proactive les problèmes de cheminement des usagers, les rôles et les responsabilités des personnes impliquées dans l'action et la façon dont le changement sera mesuré. Les rôles et les responsabilités devraient également s'étendre aux partenaires externes afin de faciliter la transition harmonieuse des usagers vers le type et le niveau de soins les plus appropriés (p. ex., établissements de soins de longue durée, soins à domicile, soins communautaires, réadaptation, soins primaires).

Le plan d'action opérationnel identifie les cibles pour le cheminement des usagers qui sont éclairées par des données probantes, basées sur des références comparatives internes et externes, et alignées sur les pratiques optimales et les objectifs de cheminement des usagers d'établissements comparables.

Des cibles spécifiques peuvent être identifiées pour les données relatives au cheminement des usagers, comme le temps de transfert des usagers à un lit en milieu hospitalier à la suite d'une décision d'admission; la durée du séjour aux services des urgences pour les usagers non admis; le transfert des usagers vers des établissements de soins de longue durée; et les temps d'attente pour la chirurgie, les



Milieu de travail/effectif

services de soins à domicile, la santé mentale et les services de traitement des dépendances.

Les indicateurs doivent être évalués régulièrement pour s'assurer qu'ils sont pertinents. L'établissement recueille des données sur le cheminement des usagers quant à la fréquence et la durée d'attente des usagers pour les services, qui peuvent inclure des données sur les listes d'attente, la durée du séjour, les délais d'exécution des résultats de laboratoire ou d'imagerie diagnostique, les temps de placement dans la communauté ou les temps de réponse des consultants.

L'établissement améliore le cheminement des usagers en utilisant les données recueillies pour mettre en œuvre des interventions qui prennent en considération les obstacles et les fluctuations de la demande.

Conseils du test de conformité 3 : En plus d'une stratégie de cheminement des usagers, l'établissement dispose de protocoles pour gérer efficacement le cheminement des usagers. Les protocoles peuvent comprendre la façon de travailler avec des établissements externes pour assurer des transitions harmonieuses et opportunes des soins. Les protocoles doivent surveiller et fournir des conseils sur la façon de gérer les arréages, les obstacles et les périodes de pointe. Dans les établissements de soins de courte durée, cela peut inclure les périodes de pointes des urgences et la gestion des lits. Dans les milieux communautaires, cela peut inclure la gestion de la liste d'attente, la gestion de la charge de travail et des cas, et la durée du séjour en fonction des besoins.

Conseils du test de conformité 4 : Les données sont recueillies en continu, les résultats sont examinés et la stratégie est mise à jour au besoin. La surveillance s'effectue en continu et les gestionnaires sont informés de tout changement important ou soudain dans les données. L'établissement a mis en place des initiatives d'amélioration continue de la qualité établies en fonction des cibles du cheminement des usagers. L'instance de gouvernance est sensibilisée aux principes clés de qualité et de sécurité pour aider les membres à comprendre, surveiller et superviser efficacement la performance qualité de l'établissement.

Conseils du test de conformité 5 : Des rapports sur les progrès réalisés quant à la stratégie de cheminement des usagers sont régulièrement mis à disponibilité. La diffusion des données comprend notamment le partage d'expériences avec d'autres établissements de santé et de services sociaux afin d'offrir des occasions d'apprentissage les uns des autres.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une stratégie de cheminement des usagers à l'échelle de l'établissement qui correspond aux besoins des populations qu'il dessert est mise en place.
2. Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce qu'il y ait un plan d'action opérationnel qui s'harmonise avec la stratégie de cheminement des usagers de l'établissement.
3. L'équipe met en œuvre des protocoles pour gérer efficacement le cheminement des usagers.
4. Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'il existe des mécanismes pour assurer le suivi et ajuster la stratégie de cheminement des usagers.
5. Les gestionnaires de l'établissement rendent régulièrement compte des progrès réalisés par rapport à la stratégie de cheminement des usagers à l'instance de gouvernance, à la main-d'œuvre, aux usagers et aux personnes proches aidantes, à la communauté et aux autres parties prenantes.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE



Milieu de travail/effectif

Affleck, A., Parks, P., Drummond, A., Rowe, B. H., & Ovens, H. J.. (2013). Position statement: Emergency department overcrowding and access block. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 15(6), 359-370. <https://doi.org/10.2310/8000.CAEPPS>

Agency for Healthcare Research and Quality. (2018). Improving patient flow and reducing emergency department crowding: A guide for hospitals. <https://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/ptflow/index.html>

Bittencourt, R. J., Stevanato, A. M., Bragança, C., Gottens, L., & O'Dwyer, G. (2020). Interventions in overcrowding of emergency departments: An overview of systematic reviews. *Revista de Saude Publica*, 54, 66. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002342>

Crisp, H., Watt, A., Jones, B., Amevenu, D., & Warburton, W. (2020). Improving flow along care pathways. The Health Foundation. <https://doi.org/10.37829/HF-2020-I04>

De Silva, D. (2013, November). Improving patient flow across organizations and pathways. The Health Foundation. <https://www.health.org.uk/publications/improving-patient-flow-across-organisations-and-pathways>

Dickson, G. et Tholl, B. (2014). « Bringing leadership to life in health: LEADS in a caring environment. » (Donner vie au leadership dans les soins de santé : LEADS dans un environnement de soins). Springer-Verlag.

Ezzat, A., Hamoud, H., & Fadlallah, B. (2014). Factors affecting patient flow planning in hospitals. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 13(12), 22-24. <https://doi.org/10.9790/0853-131222224>

Forero, R., McCarthy, S., & Hillman, K. (2011). Access block and emergency department overcrowding. *Critical Care*, 15, 216. <https://doi.org/10.1186/cc9998>

Gualandi, R., Masella, C. & Tartaglini, D. (2020), Improving hospital patient flow: A systematic review. *Business Process Management Journal*, 26(6), 1541-1575. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-10-2017-0265>

Hall, R. (2006). Patient flow. *ORMS Today*, 6(06). <https://www.informs.org/ORMS-Today/Archived-Issues/2006/orms-6-06/Patient-Flow>

Hostetter, M. & Klein, S. (n.d.). In focus: Improving patient flow—In and out of hospitals and beyond. Fonds du Commonwealth Récupéré le DATE à partir de : <https://www.commonwealthfund.org/publications/newsletter-article/focus-improving-patient-flow-and-out-hospitals-and-beyond>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2002). Nursing best practice guideline: Client centred care. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Client_Centred_Care.pdf

Rutherford, P. A., Anderson, A., Kotagal, U. R., Luther, K., Provost, L. P., Ryckman, F. C., & Taylor, J. (2020). Achieving hospital-wide patient flow (2nd ed). Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Achieving-Hospital-wide-Patient-Flow.aspx>

Suter, E., Oelke, N., da Silva Lima, M. A. D., Stiphout, M., Janke, R., Witt, R. R., Van Vliet Brown, C., Schill, K., Rostami, M., Hepp, S., Birney, A., Al-Roubaiai, F., & Marques, G. Q. (2017). Indicators and measurement instruments for health systems integration: A knowledge synthesis. *International Journal of Integrated Care*, 17(6), 4, 1-17. <https://doi.org/10.5334/ijic.3931>

What is patient flow? (2018). *NEJM Catalyst*. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0289>

Organisation mondiale de la Santé. (2018). Continuity and coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>



Prévention de la violence en milieu de travail

Année de publication: 2011

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Milieu de travail/effectif

Chapitre 4 Leadership – Gestion de la qualité et des risques

4.1.5 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique sur la prévention de la violence en milieu de travail qui vise à sensibiliser, prévenir et réduire le risque.

CONSEILS

La violence au travail est courante dans les établissements de santé et de services sociaux. La violence en milieu de travail est une réalité qui affecte l'ensemble de la main-d'œuvre et des prestataires de soins et services tout au long du continuum. Il est donc essentiel pour les établissements de mettre en place une politique qui vise à sensibiliser, prévenir et réduire le risque de violence en milieu de travail. Les comportements violents peuvent provenir d'un usager, d'une personne proche aidante, de partenaires ou de collègues.

La présente pratique organisationnelle requise a adopté la définition englobante de la violence en milieu de travail formulée par l'Organisation internationale du Travail, soit :

des « incidents au cours desquels une personne est menacée, maltraitée ou victime de voies de fait dans une situation liée à son travail », ce qui inclut toutes les formes de harcèlement, d'intimidation, de menaces physiques ou de voies de fait, de vol et autres comportements importuns.

La stratégie de prévention de la violence en milieu de travail mise de l'avant par les gestionnaires doit respecter les lois régionales et nationales qui s'appliquent et constitue une étape importante pour répondre à l'inquiétude grandissante face à ce type de violence dans le secteur des soins de santé et des services sociaux.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Une politique écrite sur la prévention de la violence en milieu de travail est en place.
2. La politique est élaborée en collaboration avec la main-d'œuvre et les bénévoles (selon le cas).
3. La politique précise le nom des personnes ou des responsables de sa mise en œuvre et de son respect.
4. Des évaluations des risques sont effectuées pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.
5. Des procédures permettent à la main-d'œuvre de signaler en toute confidentialité les incidents liés à la violence en milieu de travail.
6. Des procédures permettent d'enquêter sur les incidents liés à la violence en milieu de travail et d'y donner suite.



Milieu de travail/effectif

7. Les gestionnaires étudient les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail et ils se servent des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence et améliorer la politique sur la prévention de la violence en milieu de travail.
8. De l'information et de la formation sont fournies à la main-d'œuvre sur la prévention de la violence en milieu de travail.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., et MacLean, S. L. (2010). Violence envers le personnel infirmier des urgences aux États-Unis (Violence against nurses working in US emergency departments). *J. Healthc. Prot. Manage.* (revue sur la gestion de la protection dans le domaine des soins de santé), vol. 26, p. 81-99.

Gates, D., Fitzwater, E., et Succop, P. (2005). Diminution des agressions envers les aidants dans les maisons de soins infirmiers (Reducing assaults against nursing home caregivers). *Nurs. Res.* (revue sur la recherche en soins infirmiers), vol. 54, p. 119-127.

Kling, R. N., Yassi, A., Smailes, E., Lovato, C. Y., et Koehoorn, M. (2009). Caractérisation de la violence dans le domaine des soins de santé en Colombie-Britannique (Characterizing violence in health care in British Columbia). *J. Adv. Nurs.* (revue sur la pratique infirmière avancée), vol. 65, p. 1655-1663.

Unité de recherche sur les services de santé dans le domaine des soins infirmiers (Nursing Health Services Research Unit) (2008). Examen et évaluation des programmes de prévention de la violence en milieu de travail dans le secteur de la santé (A review and evaluation of workplace violence prevention programs in the health sector). Unité de recherche sur les services de santé dans le domaine des soins infirmiers (Nursing Health Services Research Unit).

Peek-Asa, C., Casteel, C., Allareddy, V., Nocera, M., Goldmacher, S., Ohagan, E. et al. (2009). Programmes de prévention de la violence dans les unités et les établissements psychiatriques (Workplace violence prevention programs in psychiatric units and facilities). *Arch. Psychiatr. Nurs.* (archives sur les soins infirmiers psychiatriques), vol. 23, p. 166-176.

Association de santé et sécurité des services publics (2010). Aborder la violence familiale en milieu de travail

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2009). Prévention et gestion de la violence en milieu de travail. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Commission des accidents du travail de la Colombie-Britannique (Worksafe BC) (2000). Prévention de la violence dans le domaine des soins de santé : cinq étapes pour un programme efficace (Preventing violence in health care: Five steps to an effective program). Commission des accidents du travail de la Colombie-Britannique (Worksafe BC).



Programme d'entretien préventif

Année de publication: 2006

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Milieu de travail/effectif

Chapitre 4 Leadership – Gestion de la qualité et des risques

4.4.8 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.

CONSEILS

L'adoption d'un programme efficace d'entretien préventif permet de s'assurer que les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie sont sécuritaires, fiables et fonctionnels.

Le programme permet également de repérer en amont l'éventuelle défaillance d'un appareil ou instrument médical, de l'équipement ou de la technologie qui pourrait mener à des blessures chez la main-d'œuvre ou les usagers, et d'y remédier promptement. L'entretien préventif peut améliorer la longévité de l'appareil et rassurer quant à la fiabilité et la validité des tests.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Un programme d'entretien préventif est en place pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie.
2. Il y a des rapports d'entretien préventif pertinents.
3. Un processus est en place pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'établissement.
4. Un suivi, lequel est consigné, est effectué en ce qui concerne les enquêtes relatives à des incidents et à des problèmes impliquant les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Brewin, D. (2001). Utiliser efficacement les données d'entretien des dispositifs pour optimiser un programme d'entretien d'appareils et instruments médicaux (Effectively utilizing device maintenance data to optimize a medical device maintenance program). *Biomedical Instrumentation and Technology* (revue sur l'instrumentation et technologie biomédicales), vol. 35, n° 6, p. 383-390.

Ridgway, M. (2001). Classifier les appareils et instruments médicaux selon leur sensibilité à l'entretien : une approche pratique, fondée sur les risques en matière de gestion de programmes d'entretien planifié (Classifying medical devices according to their maintenance sensitivity: a practical, risk-based approach to PM program management). *Biomedical Instrumentation and Technology* (revue sur l'instrumentation et technologie biomédicales), vol. 35, p. 167-176.

Taghipour, S., Banjevic, D., et Jardine, A. (2010). Prioritization of medical equipment for maintenance decisions. *Journal of the Operational Research Society* (revue de la société de recherche opérationnelle), 1-22.



Sécurité des usagers : formation et perfectionnement

Année de publication: 2006

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Milieu de travail/effectif

Chapitre 3 Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

3.3.17 Les gestionnaires de l'établissement rendent disponible de la formation et du perfectionnement sur des thématiques ayant trait à la sécurité des usagers, au moins une fois par année.

CONSEILS

La sécurité des usagers constitue la priorité de tout établissement de santé et de services sociaux. Il convient donc à l'établissement de mettre en place des moyens qui visent à promouvoir la sécurité des personnes en tout temps.

Par conséquent, des formations annuelles sur la sécurité des usagers doivent être offertes aux gestionnaires de l'établissement, à la main-d'œuvre et aux bénévoles. Les thématiques particulières en matière de sécurité des usagers sont déterminées en fonction des titres d'emploi, comme l'utilisation sécuritaire des médicaments, la déclaration des incidents liés à la sécurité des usagers, la formation sur les facteurs humains, la prévention des chutes, les techniques de communication efficaces, la stérilisation du matériel et des installations, le lavage des mains et les mesures d'hygiène, ainsi que la prévention et le contrôle des infections. De plus, tous les membres de la main-d'œuvre doivent être formés en matière de mesures d'urgence.

Les gestionnaires doivent identifier les formations annuelles à offrir et les diverses modalités de formation (p. ex., formations en présentiel, Web ou autres, activité de simulation d'urgences, présentations et remise de matériel imprimé, groupes ciblés, rencontres de bénévoles). Ils doivent aussi préciser à quel moment auront lieu les formations et s'ajuster aux situations qui surviennent en cours d'année : lors du processus d'accueil, d'intégration et d'orientation de nouveaux membres de la main d'œuvre; au retour de congé de maternité; à la suite d'un incident ou d'un accident ou à la suite de tout changement de procédures ou de techniques. Les gestionnaires doivent tenir un registre à l'égard des formations portant sur la sécurité des usagers et s'assurer qu'il est tenu à jour

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Une formation annuelle est offerte sur la sécurité des usagers; elle est adaptée aux besoins de l'établissement et aux secteurs ciblés en matière de sécurité des usagers.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

La Commission australienne sur la sécurité et la qualité des soins de santé (The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care) (2005). Le cadre national de la sécurité des patients (The National Patient Safety Framework). Canberra, Australie : Commonwealth d'Australie.

Comité participant à la réunion du conseil sur la formation des professions de la santé en matière de services de soins de santé - Institut de médecine (Committee on the Health Professions Education Summit Board on Health Care



Milieu de travail/effectif

Services IoM) (2003). Formation des professions de la santé : une passerelle vers la qualité (Health Professions Education: A Bridge to Quality). Washington, DC : Presse des académies nationales (National Academic Press).

Frank JR, Brien S, (éditeurs) au nom du comité directeur des compétences en matière de sécurité. (2008). Les compétences en matière de sécurité : l'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé. (The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions). Institut canadien pour la sécurité des patients. Ottawa, ON.

Haxby, E., Highton, P., et Jaggar, S. (2007). Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers : qui, quoi et comment? (Patient safety training and education: who, what and how?) Clinical Risk (revue sur les risques cliniques), vol. 13, p. 211-215.

McKeon, L.M., Cunningham, P.D., et Oswaks, J.S. (2009). Amélioration de la sécurité des usagers : centrée sur les patients, formation de l'équipe très fiable (Improving patient safety: patient-focused, high-reliability team training). Journal of Nursing Care Quality (journal des services infirmiers de qualité), vol. 24, p. 76-82.

Walton, M.M. et Elliott, S.L.(2006). Amélioration de la sécurité et de la qualité : comment l'éducation peut-elle être utile? (Improving safety and quality: how can education help?) Medical Journal of Australia (revue médicale de l'Australie), vol. 184 (10 Suppl.), p. S60-S64.

Organisation mondiale de la Santé (2012). Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des usagers.

Yassi, A. et Hancock, T. (2005). Sécurité des patients--sécurité des travailleurs : instaurer une culture de sécurité pour améliorer le bien-être du travailleur de la santé et du patient (Patient safety--worker safety: building a culture of safety to improve healthcare worker and patient well-being). Healthcare Quarterly (revue trimestrielle sur les soins de santé), vol. 8, numéro spécial, p. 32-38.



Conformité aux pratiques d'hygiène des mains

Année de publication: 2014

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Prévention et contrôle des infections

Chapitre 8 Programme de prévention et de contrôle des infections

8.2.30 L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure une évaluation périodique de la conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains.

CONSEILS

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important pour réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains est effectuée en collaboration avec l'ensemble des gestionnaires de l'établissement. Elle permet à l'établissement d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'établissement. Des études ont montré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les audits) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un établissement ou par les usagers et les personnes proches aidantes au sein d'un établissement ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

- 1) avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
- 2) avant une procédure aseptique;
- 3) après un risque d'exposition à des liquides biologiques;
- 4) après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les établissements qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d., que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les établissements qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.



Prévention et contrôle des infections

TEST(S) DE CONFORMITÉ

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

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Bryce, E. A., Scharf, S., Walker, M., et Walsh, A. (2007). La vérification du contrôle des infections : la vérification normalisée comme outil de changement (The infection control audit: the standardized audit as a tool for change). *Am. J. Infect. Control* (revue américaine sur le contrôle des infections), vol. 35, p. 271-283.

Défi national de l'hygiène des mains - Canada (2012). Trousse d'outils sur l'hygiène des mains. Défi national de l'hygiène des mains - Canada.

Eveillard, M., Hitoto, H., Raymond, F., Kouatchet, A., Dube, L., Guilloteau, V. et al. (2009). Mesure et interprétation de taux d'observance des pratiques d'hygiène des mains : importance du suivi d'épisodes entiers de soins (Measurement and interpretation of hand hygiene compliance rates: importance of monitoring entire care episodes). *J. Hosp. Infect.*, vol. 72, p. 211-217.

Gould, D. J., Moralejo, D., Drey, N., et Chudleigh, J. H. (2010). Interventions visant l'amélioration de l'observance des pratiques d'hygiène des mains (Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care). *Cochrane. Database. Syst. Rev.* (base de données des révisions systématiques Cochrane), CD005186.

Howard, D. P., Williams, C., Sen, S., Shah, A., Daurka, J., Bird, R. et al. (2009). L'application d'un protocole de pratiques d'hygiène simple et efficace améliore considérablement les mesures de décontamination des mains et de contrôle des infections dans un environnement de services chirurgicaux aigus. *Infection* (revue sur les infections), vol. 37, p. 34-38.

Lederer, J. W., Jr., Best, D., et Hendrix, V. (2009). Approche complète en matière d'hygiène des mains pour réduire les infections associées aux soins de santé comme le SARM (A comprehensive hand hygiene approach to reducing MRSA health care-associated infections). *Jt. Comm J. Qual. Patient Saf* vol. 35, p. 180-185.

Stewardson, A.J., Allegranzi, B., Perneger, T.V., et al. (2013). La commission mixte (The Joint Commission) (2009). Mesure de l'observance des pratiques d'hygiène des mains : surmonter les obstacles. *Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges*.

La commission mixte (The Joint Commission) (2009). Mesure de l'observance des pratiques d'hygiène des mains : surmonter les obstacles. *Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges*.



Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains

Année de publication: 2014

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Prévention et contrôle des infections

Chapitre 8 Programme de prévention et de contrôle des infections

8.2.26 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une formation sur l'hygiène des mains est offerte aux équipes ainsi qu'aux personnes proches aidantes et aux bénévoles.

CONSEILS

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes l'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de cette hygiène dans la prévention de la transmission des microorganismes, les facteurs qui influent sur les habitudes d'hygiène et les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit :

- 1) avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
- 2) avant une procédure aseptique;
- 3) après un risque d'exposition à des liquides biologiques;
- 4) après un contact avec un usager ou son environnement.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Les équipes, les personnes proches aidantes et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Prévention et contrôle des infections Canada (2012). Renseignements sur l'hygiène des mains (Information about Hand Hygiene). Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté – Canada.

Hilburn, J., Hammond, B. S., Fendler, E. J., et Groziak, P. A. (2003). Utilisation de désinfectants pour les mains à base d'alcool comme stratégie de contrôle des infections dans un établissement de soins de courte durée (Use of alcohol hand sanitizer as an infection control strategy in an acute care facility). *Am. J. Infect. Control* vol. 31, p. 109-116.

Huber, M. A., Holton, R. H., et Terezhalmay, G. T. (2006). Analyse des coûts de l'hygiène des mains au moyen d'un savon antimicrobien et de l'eau comparativement à une solution hydro-alcoolique (Cost analysis of hand hygiene using antimicrobial soap and water versus an alcohol-based hand rub). *J. Contemp. Dent. Pract.* (revue sur la pratique dentaire contemporaine), vol. 7, p. 37-45.

Pittet, D., Sax, H., Hugonnet, S., et Harbarth, S. (2004). Cost implications of successful hand hygiene promotion. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* (contrôle des infections et épidémiologie en milieu hospitalier), vol. 25, p. 264-266.



Prévention et contrôle des infections

Stone, P. W., Hasan, S., Quiros, D., et Larson, E. L. (2007). Effet de la mise en œuvre de lignes directrices sur les coûts de l'hygiène des mains (Effect of guideline implementation on costs of hand hygiene).

Nurs. Econ. (revue sur l'économie des soins infirmiers), vol. 25, p. 279-284.

Organisation mondiale de la Santé (2009). Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (2012). Hygiène des mains dans les soins ambulatoires, de long séjour et réhabilitation, et à domicile. Guide d'application de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains et de l'approche des 5 indications de l'hygiène des mains.

Organisation mondiale de la Santé (2012). Hygiène des mains dans les soins ambulatoires, de long séjour et réhabilitation, et à domicile. Guide d'application de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains et de l'approche des 5 indications de l'hygiène des mains.



Nettoyage et désinfection de bas niveau de l'équipement médical

Année de publication: 2023

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Prévention et contrôle des infections

Chapitre 8 Programme de prévention et de contrôle des infections

8.2.9 Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.

CONSEILS

Conseils du test de conformité 1: Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation.

Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents sont disponibles sur au point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées.

La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :

- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;
- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;



Prévention et contrôle des infections

- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle ou l'utilisation de marqueurs fluorescents ou d'adénosine triphosphate (ATP).

Conseils du test de conformité 2: Les gestionnaires de l'établissement déterminent les rôles et les responsabilités de l'équipe pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical. Cette équipe comprend les personnes sous contrat ainsi que celles qui pourraient être appelées à remplir ces rôles dans le cadre d'un plan de contingence.

Les membres de l'équipe sont conscients et responsables de l'exécution de leurs rôles et responsabilités, y compris ceux de la validation de la propreté de l'équipement médical, du signalement des anomalies et de la résolution des problèmes avec la personne ou le groupe approprié.

Les membres de l'équipe effectuent un travail de coordination et communiquent entre eux pour s'assurer que les étapes requises sont réalisées conformément à la procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical. Par exemple, les membres de l'équipe identifient l'équipement médical qui nécessite un nettoyage et une désinfection de bas niveau à l'aide d'un indice visuel et le placent dans la zone appropriée afin que le nettoyage et la désinfection de bas niveau puissent être effectués par le membre de l'équipe responsable.

Les usagers et les personnes proches aidantes sont encouragés à poser des questions, à faire part de leurs préoccupations et à prendre part à des conversations sur la propreté de l'équipement médical.

Conseils du test de conformité 3: Les équipes utilisent l'équipement et les fournitures qui conviennent, dans les zones appropriées, et prennent les précautions nécessaires lors du nettoyage et de la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.

Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que les équipes aient accès à l'équipement et aux fournitures de nettoyage et de désinfection de bas niveau appropriés au point d'utilisation. Cela comprend les agents chimiques, le matériel requis pour la dilution des concentrés, et l'équipement de protection individuelle. En outre, les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes ont accès aux zones appropriées pour effectuer le nettoyage et la désinfection de bas niveau, conformément à la procédure de l'établissement.

Les fournitures et l'équipement de nettoyage et de désinfection de bas niveau sont entreposés de manière appropriée, transportés en toute sécurité et éliminés conformément aux instructions du fabricant.

Conseils du test de conformité 4: Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes une éducation et une formation comprenant des activités de sensibilisation au nettoyage et à la désinfection de bas niveau de l'équipement médical lors de l'orientation, de façon continue et lorsque les produits ou les procédures changent. Les établissements qui offrent des stages cliniques fournissent aux étudiants, aux résidents et aux boursiers l'éducation et la formation appropriées avant de prodiguer des soins.

Les équipes participent à l'éducation et à la formation pour s'assurer que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau efficaces, est entreposé de manière appropriée et est prêt à être réutilisé, conformément à la procédure de l'établissement.



Prévention et contrôle des infections

L'éducation et la formation doivent être adaptées au public cible et au type de services proposés par l'établissement. L'éducation et la formation peuvent être dispensées virtuellement ou en personne et inclure un renforcement pratique ou une activité offerte par simulation.

Les exigences juridiques relatives aux matières dangereuses sur le lieu de travail doivent être suivies en fonction du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH).

Conseils du test de conformité 5: Un plan d'amélioration de la qualité permet aux gestionnaires et aux équipes de l'établissement d'identifier ce qui va bien et ce qui doit être amélioré dans la prévention et la lutte contre les infections, y compris le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.

Les indicateurs de suivi relatifs au nettoyage et à la désinfection de bas niveau de l'équipement médical sont identifiés. Les données relatives aux indicateurs sont recueillies régulièrement, partagées avec les équipes et utilisées pour éclairer les activités visant à améliorer le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de la prévention et du contrôle des infections de l'établissement.

Le plan et les activités d'amélioration de la qualité sont éclairés par :

- le nombre d'incidents de sécurité des usagers signalés en lien avec le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- les résultats des audits formels et des activités d'observation visant à évaluer l'observance des procédures organisationnelles de nettoyage et de désinfection de bas niveau de l'équipement médical, telles que les rondes pour s'assurer de l'identification et de l'entreposage appropriés de l'équipement médical propre et souillé;
- la rétroaction des équipes, y compris la rétroaction juste à temps, sur l'applicabilité de la procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- la rétroaction sur l'éducation et la formation dispensées par l'établissement sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Les équipes suivent la procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.
2. Les équipes coordonnent les étapes pour s'assurer que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection bas niveau de façon efficace.
3. Les équipes utilisent des équipements et des fournitures de nettoyage et de désinfection de bas niveau appropriés dans une zone appropriée.
4. Les équipes participent à l'éducation et à la formation continues sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.
5. Les équipes participent à des activités visant à améliorer le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de la prévention et du contrôle des infections de l'établissement.



Prévention et contrôle des infections

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Donskey C.J. (2019). Beyond high-touch surfaces: Portable equipment and floors as potential sources of transmission of health care-associated pathogens. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.03.017>

Dunn A.N., Vaisberb P., Fraser T.G., Donskey C.J., Deshpande A. (2019). Perceptions of patients, health care workers, and environmental services staff regarding ultraviolet light room decontamination devices. *American Journal of Infection Control*, vol. 47, no 11. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.04.176>

Furlan M.C.R., Ferreira A.M., da Silva Barcelos L., et coll. (2019). Evaluation of disinfection of surfaces at an outpatient unit before and after an intervention program. *BMC Infectious Diseases*, vol. 19, no 1. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3977-4>

Prévention et contrôle des infections Canada. (2018). IPAC Canada practice recommendations: Cleaning and disinfection of non-critical multi-use equipment and devices in community settings. Page consultée le 26 janvier 2023, à l'adresse : https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/pdf/18Jan_Cleaning_NonCrit_Equip_Comm_Practice_Recomm_final.pdf

Kloc M., Fowler T.T., Dorris J.F., Opsut R., Aiyelawo K.M. (2018). Military hospital spending on environmental services and inpatient satisfaction ratings. *Journal of Healthcare Management*, vol. 63, no 6. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-17-00176>

Martel J.A., Chatterjee P., Coppin J.D., Simmons S., Passey D., Jinadatha C. (2021). Capturing portable medical equipment disinfection data via an automated novel disinfection tracking system. *American Journal of Infection Control*, vol. 49, no 10. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.05.008>

McKinley L., Baubie K., Bartel R., Flower M., Keating J.A., Safdar N. (2022). Engaging veterans in identifying key elements of environmental cleaning and disinfection for preventing healthcare-associated infections: A qualitative study. *American Journal of Infection Control*, vol. 50, no 2. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.10.012>

Read M.E., Olson A.J., Calderwood M.S. (2020). Front-line education by infection preventionists helps reduce *Clostridioides difficile* infections. *American Journal of Infection Control*, vol. 48, no 2. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.08.002>

Reese S.M., Knepper B.C., Kurtz J., LeQuire D.C., Van Winks T., Bonn J., Young H.L. (2019). Implementation of cleaning and evaluation process for mobile patient equipment using adenosine triphosphate. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, vol. 40, no 7. <https://doi.org/10.1017/ice.2019.115>

Rock C, Curless M.S., Carson K.A., Nowakowski E., Scheeler V., Maragakis L.L. (2018). Patient and health care worker perceptions of daily use of ultraviolet-C technology as an adjunct to daily cleaning in an academic hospital: Secondary study of ultra violet-c light evaluation as an adjunct to removing multi-drug resistant organisms. *American Journal of Infection Control*, vol. 46, no 3. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.08.039>

United Nations. (2021). Globally harmonized system of classification and labelling of chemicals rev. 9. Page consultée le 26 janvier 2023, à l'adresse : <https://unece.org/transport/standards/transport/dangerous-goods/ghs-rev9-2021>

Williams M.D., Coppin J.D., Martel J.A., Stibich M., Simmons S., Passey D.G., Chatterjee P., Choi H., Ramirez H., Crowley P., Jinadatha C. (2021). Frontline nurse feedback during the development of a system to track cleaning of portable medical equipment. *Computers, Informatics, Nursing*, vol. 39, no 12. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000754>



Taux d'infection

Année de publication: 2014

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Prévention et contrôle des infections

Chapitre 8 Programme de prévention et de contrôle des infections

8.3.2 L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure un suivi étroit des infections nosocomiales.

CONSEILS

L'information recueillie est analysée pour détecter rapidement les cas d'infections nosocomiales, les tendances et les situations de transmission. Cette information est disponible à l'ensemble de l'établissement.

Les infections nosocomiales les plus courantes dans les services de l'établissement et au sein de ses populations d'usagers sont déterminées et font l'objet d'une surveillance. Il peut s'agir d'infections à *Clostridioides difficile* (*C. difficile*), d'infections du site opératoire, de l'influenza saisonnière, d'infections à norovirus ou d'infections des voies urinaires, ainsi que d'autres maladies et de microorganismes résistants aux antibiotiques ou à déclaration obligatoire. Les méthodes de suivi des infections nosocomiales peuvent porter sur une infection ou un secteur de services en particulier ou peuvent être appliquées à l'échelle de l'établissement ou du réseau de la santé et des services sociaux. Elles peuvent comprendre des techniques d'analyse des données pour aider à détecter les éclosions non dépistées auparavant. Le suivi peut notamment porter sur la fréquence des cas et les changements dans la fréquence sur une période donnée, les taux de morbidité et de mortalité associés aux infections et les coûts qui s'y rattachent. Les équipes bien informées des taux d'infections nosocomiales sont mieux préparées pour prévenir et gérer les infections. Le rôle ou le poste des personnes qui sont responsables de recevoir l'information relative aux taux d'infections nosocomiales est déterminé et un plan est établi pour diffuser l'information régulièrement (p. ex., en produisant des rapports trimestriels à l'intention des services). En plus des membres de l'équipe, l'instance de gouvernance doit aussi être tenue au courant des taux d'infections nosocomiales et des autres questions liées à la prévention et au contrôle des infections. Cela peut relever directement de la haute direction ou d'un comité médical consultatif.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Les infections nosocomiales font l'objet d'un suivi.
2. Les cas d'infection nosocomiale, les tendances et les situations de transmission sont analysés et des recommandations sont émises afin d'éviter qu'elles surviennent de nouveau.
3. L'information sur les infections nosocomiales et les recommandations découlant de l'analyse des éclosions sont communiquées aux membres de l'équipe, à la haute direction et à l'instance de gouvernance, lorsque pertinentes.
4. L'information sur les éclosions est communiquée aux usagers, aux personnes proches aidantes, aux partenaires, aux autres établissements et à la communauté lorsqu'il est approprié de le faire.



Prévention et contrôle des infections

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Prévention et contrôle des infections Canada (2012). Surveillance et statistiques. Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté – Canada.

Humphreys, H. et Cunney, R. (2008). Indicateurs de rendement et rapport public des taux d'infection associés aux soins de santé (Performance indicators and the public reporting of healthcare-associated infection rates). Clin. Microbiol. Infect. (revue sur la microbiologie clinique et les maladies infectieuses), vol. 14, p. 892-894.

Jarvis, W. R. (2003). Analyse comparative pour la prévention : l'expérience du système national de surveillance des infections nosocomiales des Centres de prévention et de lutte contre les maladies (Benchmarking for prevention: the Centers for Disease Control and Prevention's National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) system experience). Infection (revue sur les infections), vol. 31, suppl. 2, p. 44-48.

O'Neill, E. et Humphreys, H. (2009). Utilisation des données de surveillance pour la prévention des infections associées aux soins de santé : ajustements en fonction du risque et signalement des dilemmes (Use of surveillance data for prevention of healthcare-associated infection: risk adjustment and reporting dilemmas). Curr. Opin. Infect. Dis. (revue contemporaine sur les maladies infectieuses), vol. 22, p. 359-363.

Agence de la santé publique du Canada. (2012). The Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program. Agence de la santé publique du Canada.



Annexe

TABEAU DE CONCORDANCE : SÉQUENCE 1, CYCLE 1 VS 2

Ce tableau présente la concordance entre les POR se trouvant dans les normes utilisées pour la séquence 1 du cycle 1 (2018-2023) et les POR qui se trouvent dans les chapitres du manuel d'évaluation *Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales* utilisé pour la séquence 1 du cycle 2 (2023-2027).

Norme	V	#	POR	Chapitre	Ch#	#	POR	Modification
Gouvernance	v12	12.1	Le conseil d'administration démontre qu'il assume ses responsabilités en ce qui a trait à la qualité des soins dispensés par l'organisme.	Gouvernance	Ch1	1.3.12	L'instance de gouvernance démontre qu'elle assume ses responsabilités par rapport à la qualité des soins et services offerts par l'établissement.	Révision de la POR (2022)
Leadership	v12	2.12	Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en œuvre.	Leadership	Ch4	4.1.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique sur la prévention de la violence en milieu de travail qui vise à sensibiliser, prévenir et réduire le risque.	Mise à jour de la structure et du langage.
Leadership	v12	9.8	Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en œuvre.	Leadership	Ch4	4.4.8	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.	Mise à jour de la structure et du langage.
Leadership	v12	10.9	De la formation et du perfectionnement sur des secteurs ciblés en matière de sécurité des usagers sont offerts au personnel d'encadrement, aux membres de l'équipe et aux bénévoles au moins une fois par année.	Leadership	Ch3	3.3.17	Les gestionnaires de l'établissement rendent disponible de la formation et du perfectionnement sur des thématiques ayant trait à la sécurité des usagers, au moins une fois par année.	Mise à jour de la structure et du langage.
Leadership	v12	13.4	Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.	Leadership	Ch2	2.7.9	Les gestionnaires de l'établissement optimisent le cheminement des usagers au sein de leur établissement.	Révision de la POR (2021)
Leadership	v12	15.1	Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en œuvre dans l'organisme.					Retiré



Prévention et contrôle des infections

Norme	V	#	POR	Chapitre	Ch#	#	POR	Modification
Leadership	v12	15.4	Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.	Leadership	ch4	4.3.3	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers qui favorise la déclaration et la mise en œuvre de mesures correctives et préventives.	Mise à jour de la structure et du langage.
Leadership	v12	15.6	Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en œuvre pour divulguer aux usagers et aux familles les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux.	Leadership	ch4	4.3.2	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure qui encadre la divulgation aux usagers et aux personnes proches aidantes des incidents liés à la sécurité et favorise un suivi axé sur le soutien.	Mise à jour de la structure et du langage.
Leadership	v12	15.7	Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	Leadership	ch4	4.2.6	Les gestionnaires de l'établissement utilisent un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	Mise à jour de la structure et du langage.
Leadership	v12	15.1	Le conseil d'administration reçoit des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers, qui comprennent les mesures recommandées découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité, de même que les améliorations qui ont été apportées.					Conversion en critère à priorité élevée
PCI	v12	8.1	La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	PCI	ch8	8.2.26	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une formation sur l'hygiène des mains est offerte aux équipes ainsi qu'aux personnes proches aidantes et aux bénévoles.	Mise à jour de la structure et du langage.
PCI	v12	8.6	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	PCI	ch8	8.2.30	L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure une évaluation périodique de la conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains.	Mise à jour de la structure et du langage.
PCI	v12	10.23	Les processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux réutilisables sont examinés et des améliorations sont apportées au besoin.					Retiré
				PCI	ch8	8.2.9	Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.	Nouvelle POR (2023), remplace le critère 8.2.9 de la v1 du manuel d'évaluation.



Prévention et contrôle des infections

Norme	V	#	POR	Chapitre	Ch#	#	POR	Modification
PCI	v12	12.2	Les infections nosocomiales font l'objet d'un suivi, l'information recueillie est analysée pour détecter les éclosions et les tendances et cette information est communiquée à l'ensemble de l'organisme.	PCI	ch8	8.3.2	L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure un suivi étroit des infections nosocomiales.	Mise à jour de la structure et du langage.
Gestion des médicaments	v12	2.3	Un programme de gérance des antimicrobiens permet d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens.	Gestion du circuit du médicament	ch10	10.1.3	Le comité interdisciplinaire assure la mise en œuvre d'un programme de gérance des antimicrobiens.	Mise à jour de la structure et du langage.
Gestion des médicaments	v12	2.5	Une approche documentée et coordonnée est mise en œuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.	Gestion du circuit des médicament	ch10	10.4.3	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.	Révision de la POR (2023)
Gestion des médicaments	v12	9.3	La disponibilité des produits à l'héparine est évaluée et limitée afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents liés à la sécurité des usagers ne sont pas entreposées dans les unités de soins.				<i>Se référer à la POR Gestion des médicaments de niveau d'alerte élevée (10.4.3)</i>	Retiré. Contenu regroupé.
Gestion des médicaments	v12	9.4	La disponibilité des produits narcotiques est évaluée et limitée afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents liés à la sécurité des usagers ne soient pas entreposées dans les unités de soins.	Gestion du circuit du médicament	ch10	10.4.4	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour réduire les préjudices évitables liés aux opioïdes en limitant la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.	Révision de la POR (2023)
Gestion des médicaments	v12	12.9	La disponibilité des électrolytes concentrés est évaluée et limitée afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents liés à la sécurité des usagers ne sont pas entreposées dans les unités de soins.				<i>Se référer à la POR Gestion des médicaments de niveau d'alerte élevée (10.4.3)</i>	Retiré. Contenu regroupé.
Gestion des médicaments	v12	14.6	Une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés a été établie et mise en œuvre.	Gestion du circuit du médicament	ch10	10.6.5	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de l'adhésion à la « liste à jour des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés » qui s'applique à toutes les communications liées à la médication	Révision de la POR (2023)