



**AGRÉMENT
CANADA**

Meilleure qualité. Meilleure santé.

Pratiques organisationnelles requises

Livret 2021

Programme Qmentum Québec

Version adaptée aux manuels d'évaluation



©2021 Agrément Canada et ses concédants de licence

S'applique aux visites d'agrément des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux du Québec



TABLE DES MATIÈRES

À PROPOS DU LIVRET SUR LES POR	5
La POR	5
Les conseils	5
Les tests de conformité	5
SURVOL	6
TABLEAU DES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES	7
DIVULGATION DES ÉVÉNEMENTS	8
GESTION DES ÉVÉNEMENTS	11
RAPPORTS TRIMESTRIELS SUR LA SÉCURITÉ DES USAGERS	14
REDDITION DE COMPTES EN MATIÈRE DE QUALITÉ	15
BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS : UNE PRIORITÉ STRATÉGIQUE	17
BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AUX POINTS DE TRANSITION DES SOINS	
Soins à domicile et soins de santé communautaire	20
BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AUX POINTS DE TRANSITION DES SOINS	
Soins de courte durée	23
BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AUX POINTS DE TRANSITION DES SOINS	
Soins ambulatoires	26
BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AUX POINTS DE TRANSITION DES SOINS	
Soins de longue durée	28
BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AUX POINTS DE TRANSITION DES SOINS	
Urgences	30
IDENTIFICATION DES USAGERS	32
LISTE D'ABRÉVIATIONS QUI NE DOIVENT PAS ÊTRE UTILISÉES	33
LISTE DE CONTRÔLE D'UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE	34
TRANSFERT DE L'INFORMATION AUX POINTS DE TRANSITION DES SOINS	36
ÉLECTROLYTES CONCENTRÉS	38
GÉRANCE DES ANTIMICROBIENS	40
MÉDICAMENTS DE NIVEAU D'ALERTE ÉLEVÉ	42
SÉCURITÉ LIÉE À L'HÉPARINE	44
SÉCURITÉ LIÉE AUX NARCOTIQUES	46
SÉCURITÉ LIÉE AUX POMPES À PERFUSION	48
CHEMINEMENT DES USAGERS	51
PLAN DE SÉCURITÉ DES USAGERS	54
PRÉVENTION DE LA VIOLENCE EN MILIEU DE TRAVAIL	55
PROGRAMME D'ENTRETIEN PRÉVENTIF	57



SÉCURITÉ DES USAGERS : FORMATION ET PERFECTIONNEMENT	58
CONFORMITÉ AUX PRATIQUES D'HYGIÈNE DES MAINS	59
FORMATION ET PERFECTIONNEMENT SUR L'HYGIÈNE DES MAINS	61
RETRAITEMENT	62
TAUX D'INFECTION	63
ÉVALUATION DES RISQUES EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ À DOMICILE	64
PRÉVENTION DES CHUTES ET RÉDUCTION DES BLESSURES Milieu hospitalier	66
PRÉVENTION DES CHUTES ET RÉDUCTION DES BLESSURES Soins de longue durée	69
PRÉVENTION DES PLAIES DE PRESSION	71
PRÉVENTION DU SUICIDE	73
PROPHYLAXIE DE LA THROMBO-EMBOLIE VEINEUSE	74
SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES	76
RÉPARTITION DES POR EN FONCTION DES NORMES OU DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION : SÉQUENCE 1	79
RÉPARTITION DES POR EN FONCTION DES NORMES OU DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION : MANUEL D'ÉVALUATION JEUNESSE	80
RÉPARTITION DES POR EN FONCTION DES NORMES OU DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION : MANUEL D'ÉVALUATION SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES	81
RÉPARTITION DES POR EN FONCTION DES NORMES OU DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION : MANUEL D'ÉVALUATION SANTÉ PHYSIQUE	82
RÉPARTITION DES POR EN FONCTION DES NORMES OU DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION : MANUEL D'ÉVALUATION SERVICES GÉNÉRAUX	83
RÉPARTITION DES POR EN FONCTION DES NORMES OU DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION : MANUEL D'ÉVALUATION DÉFICIENCE PHYSIQUE, DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME	84
RÉPARTITION DES POR EN FONCTION DES NORMES OU DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION : MANUEL D'ÉVALUATION SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)	85
POR QUI SE TROUVENT DANS LA PLUPART DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION	86
POR QUI SE TROUVENT DANS LA PLUPART DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION (SUITE)	87



À PROPOS DU LIVRET SUR LES POR

Pour des raisons de commodité et pour en faciliter l'utilisation, toutes les pratiques organisationnelles requises du programme Qmentum Québec d'Agrément Canada ont été réunies dans ce livret.

La plupart s'appliquent à plus d'un secteur ou d'un service de la santé et des services sociaux, ce qui explique leur présence dans plusieurs ensembles de normes et chapitres. Les ensembles de normes et les chapitres des manuels d'évaluation concernés sont nommés au début de la POR ou dans le tableau à la fin du livret.

Dans ce livret, les POR sont présentées comme suit :

La POR

L'énoncé de la POR définit la pratique attendue dans l'organisme. Par exemple :

Reddition de comptes en matière de qualité : Le conseil d'administration rend des comptes sur la qualité des soins dispensés par l'organisme.

Les 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 et il est possible de se conformer aux tests de conformité sans utiliser les conseils.

Les tests de conformité

Les tests de conformité indiquent les pratiques, les activités et les attentes précises que l'organisme doit avoir en place pour se conformer à la POR. Pour se conformer à la POR, un organisme doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité qui s'y rattachent.

Les visiteurs font une évaluation par rapport aux tests de conformité pendant la visite d'agrément.

Les tests de conformité ont des répercussions immédiates sur la sécurité et favorisent également les activités à plus long terme liées à la culture de sécurité et à l'amélioration de la qualité.

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 normes.



SURVOL

Dans le programme Qmentum Québec d'Agrément Canada, les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques éclairées par des données probantes, qui portent sur des secteurs à priorité élevée, et qui sont indispensables à la qualité et à la sécurité. Agrément Canada définit une POR comme étant une pratique essentielle qui doit être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques.

Agrément Canada a commencé à élaborer des POR en 2004 sous la direction de son Comité consultatif sur la sécurité des usagers. Les premières étapes d'élaboration d'une nouvelle POR englobent des analyses documentaires effectuées à l'échelle pancanadienne et internationale afin de déterminer les principaux secteurs liés à la sécurité des usagers et les meilleures pratiques qui s'y rattachent, l'analyse des résultats des visites d'agrément portant sur la sécurité des usagers et la conformité, de même que des recherches sectorielles. De la rétroaction est ensuite obtenue auprès de comités consultatifs d'experts et au moyen d'une consultation pancanadienne menée auprès des organismes clients, des visiteurs et d'autres intervenants comme les gouvernements et des experts du domaine concerné, et ce, avant la mise en circulation de la POR dans le milieu.

Les POR sont revues et mises à jour régulièrement. Parfois, quand certaines POR sont largement implantées dans le milieu, Agrément Canada les convertit en critères à priorité élevée du programme d'agrément.

Les POR sont regroupées dans six secteurs liés à la sécurité des usagers; chaque secteur comportant un but qui lui est propre, soit :

CULTURE DE SÉCURITÉ : Instaurer une culture de sécurité dans l'organisme.

COMMUNICATION : Promouvoir le transfert efficace de l'information aux usagers et aux membres de l'équipe tout au long du continuum des soins.

UTILISATION DES MÉDICAMENTS : Assurer l'utilisation sécuritaire des médicaments à risques élevés.

MILIEU DE TRAVAIL OU EFFECTIFS : Créer un milieu de travail et un environnement physique qui appuient la prestation sécuritaire des soins et services.

CONTRÔLE DES INFECTIONS : Réduire les risques d'infections nosocomiales, ainsi que leurs répercussions dans l'ensemble du continuum des soins.

ÉVALUATION DES RISQUES : Cerner et réduire les risques liés à la sécurité et propres à la clientèle desservie.



TABLEAU DES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES

CULTURE DE SÉCURITÉ	• Divulcation des événements • Gestion des événements • Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers • Reddition de comptes en matière de qualité
COMMUNICATION	• Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique • Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins • Identification des usagers • Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées • Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire • Transfert de l'information aux points de transition des soins
UTILISATION DES MÉDICAMENTS	• Électrolytes concentrés • Gérance des antimicrobiens • Médicaments de niveau d'alerte élevé • Sécurité liée à l'héparine • Sécurité liée aux narcotiques • Sécurité liée aux pompes à perfusion
MILIEU DE TRAVAIL OU EFFECTIFS	• Cheminement des usagers • Plan de sécurité des usagers • Prévention de la violence en milieu de travail • Programme d'entretien préventif • Sécurité des usagers : formation et perfectionnement
CONTRÔLE DES INFECTIONS	• Conformité aux pratiques d'hygiène des mains • Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains • Retraitement • Taux d'infection
ÉVALUATION DES RISQUES	• Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile • Prévention des chutes et réduction des blessures • Prévention des plaies de pression • Prévention du suicide • Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse • Soins de la peau et des plaies



DIVULGATION DES ÉVÉNEMENTS

Pour l'ensemble de normes suivant : Leadership

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 *.

*** Appelée « Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.**

CONSEILS

La divulgation des événements est une discussion continue qui comprend les éléments clés suivants.

- Informer les personnes concernées qu'un événement s'est produit et présenter des excuses.
- Expliquer ce qui s'est passé et pourquoi, au fur et à mesure que les faits sont connus.
- Discuter des mesures immédiates prises pour s'occuper de l'utilisateur et atténuer d'autres préjudices.
- Examiner les mesures recommandées pour éviter de futurs événements.
- Offrir du soutien à toutes les personnes concernées.

Le soutien offert répond aux besoins des personnes touchées (usagers, familles 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 du counseling).

La divulgation d'un événement qui touche de multiples usagers (p. ex., manquement au niveau de la stérilisation, non-respect de la vie privée) comprend d'autres éléments, dont les suivants.

- Déterminer quels usagers ont été exposés au risque.
- Décider avec quels usagers communiquer et comment le faire.
- Repérer les usagers qui ont été touchés et communiquer avec eux.
- Informer la communauté, les autres organismes et les médias.

Au moment de fournir la rétroaction demandée, les usagers et les familles sont encouragés à exprimer, dans leurs mots, leur perspective de l'expérience.

Les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation et les Lignes directrices relatives au partage d'information avec les médias à la suite d'un événement indésirable sont des ressources utiles pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un processus de divulgation transparent et favorable.



TESTS DE CONFORMITÉ

- Un processus documenté et coordonné, qui comprend les éléments suivants, est en place pour divulguer les événements aux usagers et aux familles.
 - Quels événements doivent être divulgués.
 - Qui est responsable de diriger et d'appuyer le processus de divulgation.
 - Quels éléments concernant l'événement peuvent être communiqués et à qui.
 - Quand et comment divulguer l'information.
 - Où consigner l'information sur la divulgation.
- Le processus de divulgation est examiné et mis à jour, au besoin, une fois par cycle d'agrément, avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe.
- Les personnes responsables de diriger et d'appuyer le processus de divulgation reçoivent de la formation sur la divulgation.
- Tout au long du processus de divulgation, il y a communication avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe concernés par l'événement. La communication est documentée et elle est fondée sur les besoins des personnes concernées.
- Dans le cadre du processus de divulgation, du soutien d'ordre pratique et affectif ou psychologique est offert aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe concernés par l'événement.
- De la rétroaction est demandée aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe au sujet de leur expérience liée à la divulgation; cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation, au besoin.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- L'Association canadienne de protection médicale (2017). Divulgence d'un préjudice résultant de la prestation des soins : Pour une communication ouverte et honnête avec les patients. Troisième édition. Ottawa, ON, consulté le 6 avril 2020. <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2015/disclosing-harm-from-healthcare-delivery-open-and-honest-communication-with-patients>
- Conway J, Federico F, Stewart K, & Campbell MJ (2011). Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper, consulté le 1 janvier 2021. <http://www.ihi.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.aspx>
- Groupe de travail sur la divulgation (2011). Lignes directrices nationales relatives à la divulgation : parler ouvertement et honnêtement aux patients et aux proches. L'Institut canadien pour la sécurité des patients. Edmonton, AB, consulté le 6 avril 2020. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/disclosure/pages/default.aspx>
- Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC) (2015). Critical Incidents and Multi-Patient Events. Risk Resource Guide. HIROC. Toronto, ON, consulté le 6 avril 2020. <https://www.hiroc.com/system/files/resource/files/2018-10/HIROC-Management-of-Critical-Incidents-April-2015.pdf>
- Institute for Healthcare Improvement (2011). Disclosure Toolkit and Disclosure Culture Assessment Tool. Institute for Healthcare Improvement, consulté le 6 avril 2020. www.ihi.org/knowledge/Pages/Tools/DisclosureToolkitandDisclosureCultureAssessmentTool.aspx
- Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors (2006). When Things Go Wrong: responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard hospitals. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors. Boston, MA, consulté le 6 avril 2020. www.ihi.org/resources/Pages/Publications/WhenThingsGoWrongRespondingtoAdverseEvents.aspx
- National Reporting and Learning Service (2009). Being open: saying sorry when things go wrong. National Patient Safety Agency. London, UK, consulté le 6 avril 2020. <https://www.hsj.co.uk/download?ac=1293677>
- Patients pour la sécurité des patients du Canada. Ressources s'adressant au patient et à la famille : Principes de la divulgation des préjudices, consulté le 6 avril 2020. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/pages/disclosure-principles.aspx>



- The PROMISES Project (2013). When things go wrong in the ambulatory setting. Brigham and Women's Hospital. Boston, MA. Video with Dr. Lucian Leape and Gordon Schiff" [accessed on October 16, 2016], consulté le 6 avril 2020.
<https://vimeo.com/76550944>
- White AA, Brock DM, McCatter PI, et al (2015). Risk manager's descriptions of programs to support second victims after adverse events. *J.Healthc.Risk.Manag.* 34(4);30-9.



GESTION DES ÉVÉNEMENTS

Pour l'ensemble de normes et les chapitres suivants :

- *Leadership*
- *Chapitre 1 - Excellence des services dans tous les manuels d'évaluation*

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.

*** Appelé « incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.**

CONSEILS

Dans une culture de sécurité des usagers, tout le monde est encouragé à déclarer les événements et à tirer des leçons de ceux-ci, y compris pour ce qui est des accidents avec conséquences pour l'utilisateur, des accidents sans conséquence mais ayant touché l'utilisateur et des incidents ou échappées belles. Il est essentiel qu'il y ait un mécanisme de déclaration simple (quelques étapes), clair (ce qui doit être déclaré, la façon de faire la déclaration et la personne à qui la faire), confidentiel et axé sur l'amélioration du système. Les usagers et les familles peuvent signaler les événements différemment que les membres de l'équipe, mais tout le monde doit savoir comment les déclarer. L'information sur le mécanisme de déclaration peut être adaptée aux besoins des membres de l'équipe ou des usagers et peut faire partie de la formation des membres de l'équipe et incluse dans les communications écrites et verbales avec les usagers et les familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.

L'intervention immédiate à un événement consiste à dispenser les soins urgents et à répondre aux besoins des personnes touchées. Il est aussi important d'obtenir tous les articles liés à l'événement (aux fins de test et d'examen par l'équipe d'analyse), de déclarer l'événement au moyen du processus approuvé, d'entamer le processus de divulgation (au besoin) et de prendre des mesures pour réduire le risque de récurrence.

L'analyse de l'événement (aussi appelé analyse des causes profondes) permet de cerner les facteurs à la base de l'événement et de recommander des mesures à prendre pour apporter des améliorations. Le fait d'analyser ensemble des événements similaires (comme les échappées belles), pour relever des tendances, peut permettre d'obtenir de l'information utile, tout comme le fait d'analyser les événements de façon isolée. La communication à grande échelle des résultats de l'analyse des événements (p. ex., avec les usagers et familles, la gouvernance, la direction, les équipes cliniques et les partenaires externes) suscite la confiance face au mécanisme de gestion des événements et favorise un apprentissage découlant des événements.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients a élaboré des ressources sur la gestion des événements. « Alertes mondiales sur la sécurité des patients » est une base de données interrogeable en ligne où les organismes peuvent partager les leçons tirées des événements.



TESTS DE CONFORMITÉ

- Un mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers est mis au point, examiné et mis à jour avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe; il comprend des processus pour déclarer et analyser les événements, recommander des mesures et assurer le suivi des améliorations.
- L'information est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe pour qu'ils comprennent quels événements déclarer, quand et comment le faire.
- Une formation documentée sur l'intervention immédiate aux événements est en place pour les membres de l'équipe.
- Il existe des procédures pour examiner les événements, et des critères sont utilisés pour établir la priorité des événements qui seront analysés plus en profondeur.
- Toutes les mesures recommandées découlant des analyses des événements sont examinées et les raisons expliquant leur acceptation, leur rejet ou le report de leur mise en œuvre sont consignées.
- L'information sur les actions recommandées et les améliorations apportées suite aux analyses des événements est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe.
- L'efficacité du mécanisme de gestion des événements est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Voici des mécanismes d'évaluation possibles.
 - Recueillir la rétroaction des usagers, familles et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place.
 - Assurer la surveillance des rapports sur les événements en fonction du type d'événement et de sa gravité.
 - Examiner si les améliorations sont mises en œuvre et maintenues.
 - Déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les événements (p. ex., selon les résultats du Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers).

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J. et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*, 170, 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, consulté le 6 avril 2020. <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2009/learning-from-adverse-events-fostering-a-just-culture-of-safety-in-canadian-hospitals-and-health-care-institutions>
- Conway J, Federico F, Stewart K, & Campbell MJ (2011). Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper, consulté le 6 avril 2020. www.ih.org/knowledge/Knowledge%20Center%20Assets/IHIWhitePapers%20-%20RespectfulManagementofSeriousClinicalAdverseEvents_490ab9fb-d691-43e8-af97-6d39638cedec/IHIRespectfulManagementofSeriousClinicalAdverseEventsOct11.pdf
- Etchegaray, J.M., Ottosen, M.J., Burrell, L., Madeline J. (2014). Structuring patient and family involvement in medical error event disclosure and analysis. *Health Affairs*, 33, 46-52
- Gallagher, T.H., Mazo, K.M. (2015). Taking complaints seriously: using the patient safety lens. *BMJ Qual Saf*.24:352-5.
- Griffin FA & Resar RK (2009). IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (2nd Edition). Institute for Healthcare Improvement, consulté le 6 avril 2020. www.ih.org/knowledge/Knowledge%20Center%20Assets/Tools%20-%20IHIGlobalTriggerToolforMeasuringAdverseEvents_df8a18b6-52cc-4674-8258-030941832115/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper2009.pdf
- Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC). (2015). Critical Incidents and Multi-Patient Events. Risk Resource Guide. HIROC. Toronto, ON, consulté le 6 avril 2020. <https://www.hiroc.com/resources/risk-resource-guides/critical-incidents-multi-patient-events>
- L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) (2015). Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents. ICSP. Edmonton, AB, consulté le 6 avril 2020. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/PatientSafetyIncidentManagementToolkit/Pages/default.aspx>



- World Health Organization (2009). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (Version 1.1). World Health Organization, consulté le 6 avril 2020.
www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf



RAPPORTS TRIMESTRIELS SUR LA SÉCURITÉ DES USAGERS

Pour l'ensemble de normes suivant: Leadership

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.

CONSEILS

Le conseil d'administration assume la responsabilité définitive de la qualité et de la sécurité des services dispensés par l'organisme. Il joue un rôle important dans l'instauration d'une culture organisationnelle qui contribue à améliorer la sécurité des usagers.

Un organisme est plus susceptible de placer la sécurité et l'amélioration de la qualité au cœur de ses activités si le conseil d'administration connaît les questions relatives à la sécurité des usagers et aux incidents liés à la sécurité, et s'il est à la tête des projets d'amélioration de la qualité de l'organisme. De plus, le conseil d'administration doit être informé des mesures de suivi ou des projets d'amélioration qui résultent des incidents liés à la sécurité des usagers. Les résultats et les processus liés aux soins sont meilleurs dans les organismes où le conseil d'administration participe au dossier de la sécurité des usagers.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers sont fournis au conseil d'administration.
- Les rapports trimestriels sur la sécurité des usagers précisent les activités et les réalisations spécifiques de l'organisme qui viennent appuyer les buts et objectifs en matière de sécurité des usagers.
- Le conseil d'administration appuie les activités et les réalisations en matière de sécurité des usagers et accorde un suivi aux recommandations présentées dans les rapports trimestriels sur la sécurité des usagers.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Institute for Healthcare Improvement (2008). Getting Started Kit: Governance Leadership "Boards on Board" How-to Guide. Consulté le 6 avril 2020. www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuideGovernanceLeadership.aspx
- Jiang, H. J., Lockee, C., Bass, K., & Fraser, I. (2009). Board oversight of quality: any differences in process of care and mortality? *J.Healthc.Manag.*, 54, 15-29.
- Reinertsen JL, Bisognano M, & Pugh MD (2008). Seven Leadership Leverage Points for Organization-Level Improvement in Health Care (Second Edition). IHI Innovation Series white paper, consulté le 6 avril 2020. www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/SevenLeadershipLeveragePointsWhitePaper.aspx



REDDITION DE COMPTES EN MATIÈRE DE QUALITÉ

Pour l'ensemble de normes suivant: Gouvernance

Le conseil d'administration démontre qu'il assume ses responsabilités en ce qui a trait à la qualité des soins dispensés par l'organisme.

CONSEILS

Les conseils d'administration sont responsables de la qualité des soins dispensés par leur organisme. Quand les conseils d'administration participent à la surveillance de la qualité, les organismes ont un meilleur rendement au chapitre de la qualité (meilleurs soins, meilleurs résultats pour les usagers, meilleure qualité de vie au travail et coûts réduits).

Les membres du conseil d'administration doivent comprendre les principes clés de la qualité et de la sécurité pour contrôler et surveiller efficacement le rendement en matière de qualité de l'organisme. Pour corriger les lacunes sur le plan des connaissances des membres, il est possible de recourir à un recrutement ciblé pour aller chercher l'expertise requise dans des compétences spécifiques (p. ex., assurance de la qualité, gestion des risques, amélioration de la qualité et sécurité) auprès du secteur des soins de santé ou d'autres secteurs (p. ex., éducation ou industrie). Il est aussi possible d'offrir de la formation au moyen d'ateliers, de modules, de retraites, de réseaux virtuels ou de conférences.

Le conseil d'administration témoigne d'un engagement clair envers la qualité quand l'amélioration de la qualité est un point permanent à l'ordre du jour de chaque réunion. Souvent, le conseil d'administration surestime le rendement en matière de qualité de l'organisme. Des données liées aux indicateurs et des expériences vécues par les usagers et les familles doivent donc appuyer les discussions. Un petit nombre d'indicateurs de rendement, faciles à comprendre, qui mesurent la qualité au niveau du système (c.-à-d. indicateurs d'ensemble) – comme le nombre d'usagers décédés ou ayant subi un préjudice attribuable à un incident lié à la sécurité, la qualité du milieu de travail, le nombre de plaintes et les résultats liés à l'expérience de l'utilisateur – aideront à répondre à la question « les services que nous dispensons s'améliorent-ils? ».

Les indicateurs de rendement en matière de qualité doivent être directement liés aux buts et aux objectifs stratégiques. Ils doivent être répartis de façon équilibrée entre un certain nombre de secteurs prioritaires. Le savoir acquis au moyen des indicateurs de rendement en matière de qualité peut être utilisé pour l'établissement de l'ordre du jour des réunions, la planification stratégique et l'élaboration d'un plan intégré d'amélioration de la qualité. Ce savoir peut aussi être utilisé pour établir les objectifs de rendement en matière de qualité de l'équipe de la haute direction et pour déterminer si ces objectifs ont été atteints.



TESTS DE CONFORMITÉ

- Le conseil d'administration connaît les principes clés de la qualité et de la sécurité. L'organisme y voit en recrutant des membres qui ont des connaissances à ce sujet ou en offrant de la formation.
- La qualité est un point permanent de l'ordre du jour de toutes les rencontres régulières du conseil d'administration.
- Les indicateurs clés propres au système qui seront utilisés pour mesurer le rendement en matière de qualité de l'organisme sont déterminés.
- Au moins une fois par trimestre, le rendement en matière de qualité de l'organisme est examiné et évalué par rapport aux buts et aux objectifs convenus.
- L'information au sujet du rendement en matière de qualité de l'organisme est utilisée pour prendre des décisions concernant l'allocation des ressources et pour établir les priorités et attentes.
- Dans le cadre de leur évaluation du rendement, les membres de la haute direction qui relèvent du conseil d'administration (p. ex., le PDG, le directeur général, le médecin-chef) sont tenus responsables du rendement en matière de qualité de l'organisme.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- 5 Million Lives Campaign. (2008) Getting Started Kit: Governance Leadership "Boards on Board" How-to Guide. Institute for Healthcare Improvement; Cambridge, MA, consulté le 6 avril 2020. www.ihp.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuideGovernanceLeadership.aspx
- Baker, G.R., Denis, J., Pomey, M., MacIntosh-Murray, A. (2010) Designing effective Governance for quality and safety in Canadian healthcare. *Healthc.Q.* 13(1);38-46.
- Bismark, M.M., Studdert, D.M. (2014). Governance of quality of care: a qualitative study of health service boards in Victoria, Australia. *BMJ.Qual.Saf.* 23(6):474-82.
- Comité directeur sur la gouvernance pour assurer la qualité et la sécurité des patients (2010). Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients : Trousse à outils à l'intention des membres de conseils d'administration et des cadres supérieurs d'organismes de santé. Institut canadien pour la sécurité des patients. Edmonton, AB, consulté le 6 avril 2020. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/GovernancePatientSafety/Pages/default.aspx>
- The Health Foundation (2013). Quality improvement made simple : what every board should know about healthcare quality improvement. The Health Foundation. London, UK, consulté le 6 avril 2020. www.health.org.uk/publications/quality-improvement-made-simple/
- Jha, A., Epstein, A. (2010) Hospital governance and the quality of care. *Health.Affairs.* 29(1);182-187.
- Jiang, H.J., Lockee, C., Fraser, I. (2012). Enhancing board oversight on quality of hospital care: an agency theory perspective. *Health.Care.Manage.Rev.* 37(2), 144-53.
- Martin, L.A., Nelson, E.C., Lloyd, R.C., Nolan, T.W. (2007) Whole System Measures. IHI Innovation Series white paper. Institute for Healthcare Improvement; Cambridge, MA, consulté le 6 avril 2020. <http://www.ihp.org/resources/pages/ihwhitepapers/wholesystemmeasureswhitepaper.aspx>
- Mitchell, J.I., Izad Shenaz, S.A., Kuziemy, C. (2015). Governance standards: A roadmap for increasing safety at care transitions. *Healthc.Manage.Forum.* 28(1) 28-33.
- Provincial Council for Child and Maternal Health. (2013). Transition to Adult Healthcare Services. Provincial Council for Child and Maternal Health. Toronto, ON, consulté le 6 avril 2020. www.pcmch.on.ca/health-care-providers/paediatric-care/pcmch-strategies-and-initiatives/transition-to-adult-healthcare-services/
- Roberts, J., Durbin, S. (2007) The Board's Role in Quality and Safety: 7 Key Governance Questions. Providence Health Care. Seattle, WA, consulté le 6 avril 2020. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/GovernancePatientSafety/CreatingExecutingPatientSafetyPlan/Documents/Board%E2%80%99sRole%20in%20Quality%20and%20Safety%20-%20Governance%20Questions.pdf#search=The%20Board%E2%80%99sRole%20in%20Quality%20and%20Safety>



BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS : UNE PRIORITÉ STRATÉGIQUE

Pour l'ensemble de normes suivant: Leadership

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.

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 familles 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 personnel, 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 organisme 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'organisme, 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 familles.

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 MSTP est-il consigné?). Il faut aussi évaluer la qualité du processus (p. ex., le MSTP est-il complet? les divergences entre les médicaments sont-elles décelées et résolues?).



TESTS DE CONFORMITÉ

- 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.
- Les rôles et responsabilités en ce qui concerne l'établissement du bilan comparatif des médicaments sont définis.
- Un plan organisationnel est dirigé par une équipe de coordination interdisciplinaire en vue de maintenir l'établissement du bilan comparatif des médicaments.
- Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent la formation pertinente.
- La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.

RESSOURCES

- Agence de recherche et de qualité des soins de santé (Agency for Healthcare Research and Quality), Trousse de médicaments pour les transitions et les transferts des soins cliniques (trousse MATCH)
- Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! (Safer Healthcare Now!) (2013). Mesures de la sécurité des usagers : L'outil de vérification de la qualité du BCM, consulté le 6 avril 2020. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/FR/toolsResources/psm/Pages/MedRec-measurement.aspx>
- Groupe de travail sur le bilan comparatif des médicaments électronique. (2014). Boîte à outils pour le remplacement du bilan comparatif des médicaments sur papier par sa version électronique. ISMP Canada et Institut canadien sur la sécurité des patients, consulté le 6 avril 2020. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/FR/toolsResources/Pages/Paper-to-Electronic-MedRec-Implementation-Toolkit.aspx>

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, consulté le 6 avril 2020. https://www.cihi.ca/sites/default/files/med_reconcil_fr_2.pdf
- L'Association canadienne de protection médicale (ACPM). (2013). Établissement du bilan comparatif des médicaments. Fiche d'information de l'ACPM. ACPM, consulté le 6 avril 2020. https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/manage_risk/Medication_risks/medication_reconciliation-f.html
- Coutts, J., Colquhoun, M., Owen M., Drenth, B. (2013). Établissement du bilan comparatif : la pseudo-priorité. (Medication reconciliation: the priority that isn't). Healthc. Q. (revue trimestrielle sur les soins de santé), 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. (journal de la médecine hospitalière), 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. (revue sur la médecine hospitalière), 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, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/ocil/
- 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, consulté le 6 avril 2020. https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/MedRec_National_Summitreport_Feb_2011_french.pdf



- 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, consulté le 6 avril 2020. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Documents/Interventions/Bilan%20comparatif%20des%20m%C3%A9dicaments/Strat%C3%A9gie%20nationale%20de%20mise%20en%20%C5%93uvre%20du%20BCM%20-%20Identification%20des%20leaders%20de%20pratique%20en%20BCM%20au%20Canada.pdf>
- 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
- 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, consulté le 6 avril 2020. <https://www.hospitalmedicine.org/clinical-topics/medication-reconciliation/>



BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AUX POINTS DE TRANSITION DES SOINS

Soins à domicile et soins de santé communautaire

Pour les chapitres suivants :

- *Manuel d'évaluation Jeunesse*
 - *Chapitre 3 : Services de sage-femme et maison de naissance*
 - *Chapitre 4 : Services pour jeunes en difficulté*
 - *Chapitre 5 : Services pour la protection de la jeunesse*
 - *Chapitre 6 : Services pour la santé mentale en communauté*
 - *Chapitre 8 : Services pour la procréation médicale assistée (PMA)*
- *Manuel d'évaluation Santé mentale et Dépendances*
 - *Chapitre 2 : Services de santé mentale (usagers inscrits)*
 - *Chapitre 5 : Services de dépendances (usagers inscrits)*
- *Manuel d'évaluation Santé physique*
 - *Chapitre 15 : Services d'activités spécialisées à domicile*
- *Manuel d'évaluation Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*
 - *Chapitre 5 : Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)*
- *Manuel d'évaluation Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)*
 - *Chapitre 5 : Soutien à domicile (usagers inscrits)*

Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour un groupe cible d'usagers quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.

CONSEILS

L'établissement du bilan comparatif des médicaments est un processus structuré qui sert à communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments devrait être envisagé pour tous les usagers dont les soins comprennent la gestion des médicaments. Lorsqu'il n'est pas possible d'établir le bilan comparatif, des critères doivent être établis pour identifier les usagers qui risquent de subir des événements indésirables liés aux médicaments. Un outil d'évaluation des risques liés aux médicaments peut aider à identifier les usagers pour qui un bilan comparatif est requis. Les raisons qui justifient le choix des usagers ciblés doivent être consignées. L'établissement du bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) qui comprend la liste de tous les médicaments (notamment les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments) que l'utilisateur prend. Le MSTP précise également le mode d'administration, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la concentration, s'il y a lieu.



Pour produire le MSTP, il faut poser des questions à l'utilisateur, à la famille ou au soignant, et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical antérieur de l'utilisateur ou un pharmacien communautaire. Une fois produit, le MSTP est un outil de référence important pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Les listes de médicaments recueillies sont comparées et lorsque des divergences sont décelées, elles sont résolues par le prescripteur principal, celui-ci pouvant provenir de l'équipe ou d'ailleurs. Le prescripteur indique les médicaments qu'il faudrait continuer de prendre, arrêter de prendre, ou changer et les raisons de le faire.

Les usagers devraient être considérés comme des partenaires actifs dans la gestion de leurs médicaments et ils devraient recevoir les renseignements sur les médicaments qu'ils devraient prendre dans un format et un langage qu'ils peuvent comprendre. Les usagers devraient être encouragés à conserver une liste de médicaments à jour et à en faire part à leurs prestataires de soins.

Comme les soins dans la communauté sont intermittents, il est possible que l'organisme de soins de santé communautaire ne soit pas toujours immédiatement informé du transfert ou du congé d'un usager. Le fait de garder une liste de médicaments à jour et exacte est la meilleure façon d'être préparé à communiquer la liste des médicaments au cercle de soins de l'utilisateur ou au prochain prestataire de soins.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Les types d'utilisateurs qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée.
- Au début des services, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants, selon le cas, et consigné au dossier.
- Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec les usagers et les familles ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.
- Quand les divergences sont résolues, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.

RESSOURCES

- Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, Le bilan comparatif des médicaments en soins à domicile : Trousse de départ
- Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada), Cinq questions à poser à propos de vos médicaments

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Association médicale américaine (American Medical Association) (2007). Rôle du médecin dans l'établissement du bilan comparatif, consulté le 6 avril 2020. <https://pogoe.org/sites/default/files/Medication%20Reconciliation.pdf>
- Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement) (2012). Guide pratique : prévention des événements indésirables liés aux médicaments de niveau d'alerte élevé (Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation)), consulté le 6 avril 2020. www.ihp.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx
- Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments - Canada. (2012). Bilan comparatif des médicaments (BCM). Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada, consulté le 6 avril 2020. <https://www.ismp-canada.org/fr/BCM.htm>
- Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments - Canada. (2012). Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments. Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/medrec/map



- Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement) (2008). Comparaison des médicaments à tous les points de transition (Reconcile medications at all transition points), consulté le 6 avril 2020. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ReconcileMedicationsatAllTransitionPoints.aspx>
- Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! (Safer Healthcare Now!) (2012). Bilan comparatif des médicaments : Trousse de départ, consulté le 6 avril 2020. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/pages/med-rec-resources-getting-started-kit.aspx>
- Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Solutions en Matière de Sécurité des Patients (2007). Veiller à la Conformité des Traitements Médicamenteux à Chaque Changement de Service ou de Prestataire de Soins. Rapport n° : Solution 6.



BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AUX POINTS DE TRANSITION DES SOINS

Soins de courte durée

Pour les chapitres suivants :

- *Manuel d'évaluation Jeunesse*
 - o *Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique*
 - o *Chapitre 7 : Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie*
- *Manuel d'évaluation Santé mentale et dépendances*
 - o *Chapitre 4 : Services de santé mentale (usagers admis)*
 - o *Chapitre 6 : Services de dépendances (usagers admis)*
- *Manuel d'évaluation Santé physique*
 - o *Chapitre 3 : Unités d'hospitalisation*
 - o *Chapitre 4 : Services de soins critiques*
 - o *Chapitre 5 : Services de néonatalogie*
 - o *Chapitre 6 : Services de pédiatrie*
 - o *Chapitre 8 : Services de soins palliatifs et de fin de vie*
- *Manuel d'évaluation Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*
 - o *Chapitre 3 : Services de déficience physique (usagers admis)*
- *Manuel d'évaluation Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)*
 - o *Chapitre 3 : Soins et services de courte durée pour la clientèle gériatrique (usagers admis)*
 - o *Chapitre 6 : Soins palliatifs et de fin de vie*

Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.

CONSEILS

La recherche démontre que chez plus de 50 % des usagers, il y a au moins une contradiction entre la liste de médicaments de la maison et les médicaments prescrits à l'admission à l'hôpital. Un bon nombre de ces écarts sont susceptibles de conduire à des événements indésirables liés aux médicaments.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) qui comprend la liste de tous les médicaments (notamment les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments) que l'utilisateur prend. Le MSTP précise également le mode d'administration, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la concentration, s'il y a lieu. Pour produire le MSTP, il faut poser des questions à l'utilisateur, à la famille ou au soignant, et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical antérieur de l'utilisateur ou un pharmacien communautaire. Une fois produit, le MSTP est un outil de référence important pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.

Le bilan comparatif des médicaments à l'admission peut être établi selon deux modèles. Selon le modèle proactif, le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission. Selon le modèle rétroactif, le MSTP est produit après la rédaction des ordonnances de médicaments à l'admission; une comparaison entre le MSTP et les ordonnances de médicaments faites à l'admission est ensuite effectuée, en temps opportun. Peu importe le modèle utilisé, il est important de déceler, de résoudre et de consigner les divergences.



Aux points de transition, en plus des médicaments que l'utilisateur prend, il est important de tenir compte des médicaments qu'il prenait avant son admission (tel qu'il est indiqué dans le MSTP) et qu'il serait approprié qu'il continue de prendre, qu'il recommence à prendre, qu'il arrête de prendre ou qui devraient être modifiés. Par exemple, le bilan comparatif des médicaments devrait se faire au moment du congé ou lorsqu'il y a un changement de médicaments ou que les médicaments sont prescrits de nouveau dans le cadre d'un transfert entraînant un changement du milieu où les services sont dispensés (p. ex., de l'unité des soins critiques à une unité de médecine, ou d'un établissement à un autre dans un même organisme). Il n'est pas nécessaire de dresser le bilan comparatif des médicaments en cas de changement de lit.

Les usagers devraient être considérés comme des partenaires actifs dans la gestion de leurs médicaments et ils devraient recevoir les renseignements sur les médicaments qu'ils devraient prendre dans un format et un langage qu'ils peuvent comprendre. Les usagers devraient être encouragés à conserver une liste de médicaments à jour et à en faire part à leurs prestataires de soins.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec les usagers, les familles, les soignants et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.
- Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les divergences entre les sources d'information sont alors décelés, résolues et consignés.
- Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.
- L'utilisateur, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.

RESSOURCES

- Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada), Cinq questions à poser à propos de vos médicaments
- Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Le bilan comparatif des médicaments en soins aigus : Trousse de départ

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Association médicale américaine (American Medical Association) (2007). Rôle du médecin dans l'établissement du bilan comparatif, consulté le 6 avril 2020. <https://pogoe.org/sites/default/files/Medication%20Reconciliation.pdf>
- Société américaine des pharmaciens d'hôpitaux (American Society of Hospital Pharmacists (AHSP) - Conseil sur la pratique en pharmacie (Council on Pharmacy Practice). (2013). Énoncé de l'ASHP sur le rôle du pharmacien dans l'établissement du bilan comparatif (ASHP statement on the pharmacist's role in medication reconciliation). Am. J. Health. Syst. Pharm., vol. 1, p. 453-456.
- Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement) (2012). Guide pratique : prévention des événements indésirables liés aux médicaments de niveau d'alerte élevé (Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation)), consulté le 6 avril 2020. www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx
- Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement) (2008). Comparaison des médicaments à tous les points de transition (Reconcile medications at all transition points), consulté le 6 avril 2020. www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/ReconcileMedicationsatAllTransitionPoints.aspx



- Chercheurs de MARQUIS. (2011). Manuel de mise en œuvre de MARQUIS : Guide pour l'amélioration de la qualité des pratiques d'établissement du bilan comparatif. Philadelphie, PA : Société de médecine hospitalière (Society of Hospital Medicine), consulté le 6 avril 2020. <https://www.hospitalmedicine.org/clinical-topics/medication-reconciliation/>
- Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Solutions en Matière de Sécurité des Patients (2007). Veiller à la Conformité des Traitements Médicamenteux à Chaque Changement de Service ou de Prestataire de Soins. Rapport n° : Solution 6 Établissement du bilan comparatif à l'admission.



BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AUX POINTS DE TRANSITION DES SOINS

Soins ambulatoires

Pour les chapitres suivants :

- Manuel d'évaluation Santé physique
 - o Chapitre 7 : Services d'oncologie
 - o Chapitre 9 : Services interventionnels et périchirurgicaux
 - o Chapitre 10 : Services de soins ambulatoires
- Manuel d'évaluation Services généraux
 - o Chapitre 8 : Services de soins primaires (GMF publics)
 - o Chapitre 9 : Services de santé courants
- Manuel d'évaluation Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
 - o Chapitre 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)

Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.

CONSEILS

Les soins ambulatoires englobent une vaste gamme de services qui sont offerts à de nombreuses populations d'usagers. Par conséquent, il est important de se concentrer sur l'établissement du bilan comparatif des médicaments concernant les usagers pour lesquels la gestion des médicaments compte comme une composante majeure des soins. Les organismes devraient déterminer et consigner quelles cliniques de soins ambulatoires répondent aux exigences liées au bilan comparatif, en gardant en tête que le jugement clinique devrait toujours être pris en considération dans la gestion des médicaments des usagers.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) qui comprend la liste de tous les médicaments (notamment les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments) que l'utilisateur prend. Le MSTP précise également le mode d'administration, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la concentration, s'il y a lieu. Pour produire le MSTP, il faut poser des questions à l'utilisateur, à la famille ou au soignant, et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical antérieur de l'utilisateur ou un pharmacien communautaire. Une fois produit, le MSTP est un outil de référence important pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.

Les listes de médicaments recueillies sont comparées et, lorsque des divergences sont décelées, elles sont résolues par le prescripteur principal, celui-ci pouvant provenir de l'équipe ou d'ailleurs. Le prescripteur indique les médicaments qu'il faudrait continuer de prendre, arrêter de prendre, ou changer et les raisons de le faire.

Les usagers devraient être considérés comme des partenaires actifs dans la gestion de leurs médicaments et ils devraient recevoir les renseignements sur les médicaments qu'ils devraient prendre dans un format et un langage qu'ils peuvent comprendre. Les usagers devraient être encouragés à conserver une liste de médicaments à jour et à en faire part à leurs prestataires de soins.



TESTS DE CONFORMITÉ

- Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.
- Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, les prestataires des soins et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.
- Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste de médicaments existante et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.
- Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec les usagers et les familles ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.
- Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'utilisateur et le prestataire de soins suivant (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre.

RESSOURCES

- Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, Le bilan comparatif des médicaments en soins à domicile : Trousse de départ
- Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada), Cinq questions à poser à propos de vos médicaments

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Association médicale américaine (American Medical Association) (2007). Rôle du médecin dans l'établissement du bilan comparatif, consulté le 6 avril 2020. <https://pogoe.org/sites/default/files/Medication%20Reconciliation.pdf>
- Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement) (2012). Guide pratique : prévention des événements indésirables liés aux médicaments (établissement du bilan comparatif) (Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation)), consulté le 6 avril 2020. www.ihp.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx.
- Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments - Canada (Institute for Safe Medication Practices - Canada) (2012). Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments. Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/medrec/map/
- Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement) (2008). Comparaison des médicaments à tous les points de transition (Reconcile medications at all transition points), consulté le 6 avril 2020. <http://www.ihp.org/resources/Pages/Changes/ReconcileMedicationsatAllTransitionPoints.aspx>
- Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Solutions en Matière de Sécurité des Patients (2007). Veiller à la Conformité des Traitements Médicamenteux à Chaque Changement de Service ou de Prestataire de Soins. Rapport n° : Solution 6.



BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AUX POINTS DE TRANSITION DES SOINS

Soins de longue durée

Pour les chapitres suivants :

- Manuel d'évaluation Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
 - o Chapitre 2 : Soins et services de longue durée (usagers admis)

Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec le résident, la famille ou le soignant pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.

CONSEILS

Une mauvaise communication au sujet des médicaments a souvent lieu au moment du transfert du résident d'un milieu de soins de longue durée à un autre milieu de soins (p. ex., soins de courte durée, réadaptation, autre établissement de soins de longue durée ou soins à domicile). L'établissement du bilan comparatif des médicaments est un processus structuré qui sert à communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments d'un résident à tous les points de transition des soins.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) qui comprend la liste de tous les médicaments (notamment les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments) que le résident prend. Le MSTP précise également le mode d'administration, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la concentration, s'il y a lieu. Pour produire le MSTP, il faut poser des questions au résident, à la famille ou au soignant, et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical antérieur du résident ou un pharmacien communautaire. Une fois produit, le MSTP est un outil de référence important pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.

Le bilan comparatif des médicaments à l'admission peut être établi selon deux modèles. Selon le modèle proactif, le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission. Selon le modèle rétroactif, le MSTP est produit après la rédaction des ordonnances de médicaments à l'admission; une comparaison entre le MSTP et les ordonnances de médicaments faites à l'admission est ensuite effectuée, en temps opportun. Peu importe le modèle utilisé, il est important de déceler, de résoudre et de consigner les divergences.

Aux points de transition, en plus des médicaments que le résident prend, il est important de tenir compte des médicaments qu'il prenait avant son admission (tel qu'il est indiqué dans le MSTP) et qu'il serait approprié qu'il continue de prendre, qu'il recommence à prendre, qu'il arrête de prendre ou qui devront être modifiés. Par exemple, l'établissement du bilan comparatif devrait être effectué à l'admission ou la réadmission en soins de longue durée en provenance d'un autre milieu de services ou lors du transfert d'un milieu de soins de longue durée vers d'autres services.

Les résidents devraient être considérés comme des partenaires actifs dans la gestion de leurs médicaments et ils devraient recevoir les renseignements sur les médicaments qu'ils devraient prendre dans un format et un langage qu'ils peuvent comprendre.



TESTS DE CONFORMITÉ

- Au moment de l'admission ou avant celle-ci, un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec le résident, la famille, les prestataires de soins ou le soignant (selon le cas), et consigné.
- Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.
- Au moment de la réadmission après un séjour dans un autre milieu de soins (p. ex., en soins de courte durée) ou avant la réadmission, les ordonnances de médicaments rédigées au congé sont comparées à la liste des médicaments à jour; toutes les divergences entre les deux sont décelées, résolues et consignées.
- À la sortie du milieu de soins de longue durée, le résident et le prochain prestataire de soins (p. ex., un autre établissement de soins de longue durée ou un prestataire de soins en milieu extra-hospitalier) reçoivent la liste complète des médicaments que le résident prend.

RESSOURCE

- Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, Le bilan comparatif des médicaments pour les soins de longue durée : Trousse de départ, consulté le 6 avril 2020. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsResources/Pages/Med-Rec-resources-getting-started-kit.aspx>

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Association médicale américaine (American Medical Association). (2007). Rôle du médecin dans l'établissement du bilan comparatif. Association médicale américaine (American Medical Association), consulté le 6 avril 2020. <https://pogoe.org/sites/default/files/Medication%20Reconciliation.pdf>
- Institut canadien pour la sécurité des patients et Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (2012). Bilan comparatif des médicaments en soins de longue durée : Trousse de départ. Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, consulté le 6 avril 2020. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsResources/Pages/Med-Rec-resources-getting-started-kit.aspx>
- Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement). (2012). Guide pratique : prévention des événements indésirables liés aux médicaments de niveau d'alerte élevé (Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation)). Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement), consulté le 6 avril 2020. www.ihp.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx
- Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments - Canada. (2012). Bilan comparatif des médicaments (BCM). Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, consulté le 6 avril 2020. <https://www.ismp-canada.org/fr/BCM.htm>
- Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments - Canada. (2012). Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments. Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/medrec/map/



BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AUX POINTS DE TRANSITION DES SOINS

Urgences

Pour les chapitres suivants :

- *Manuel d'évaluation Santé mentale et Dépendances*
 - o *Chapitre 3 : Services d'urgences psychiatriques*
- *Manuel d'évaluation Santé physique*
 - o *Chapitre 2 : Services des urgences*

En partenariat avec les usagers, familles ou soignants (selon le cas), l'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour les usagers que l'on décide d'admettre et il peut être achevé à l'unité où les usagers sont acheminés.

CONSEILS

L'établissement du bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) qui comprend la liste de tous les médicaments (notamment les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments) que l'utilisateur prend. Le MSTP précise également le mode d'administration, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la concentration, s'il y a lieu. Pour produire le MSTP, il faut poser des questions à l'utilisateur, à la famille ou au soignant (selon le cas), et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical antérieur de l'utilisateur ou un pharmacien communautaire.

TEST DE CONFORMITÉ

- L'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour tous les usagers que l'on décide d'admettre. Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le soignant et consigné. Le processus d'établissement du bilan comparatif peut commencer au Service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'utilisateur.

RESSOURCES

- Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement). (2012). Guide pratique : prévention des événements indésirables liés aux médicaments de niveau d'alerte élevé (Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation)). Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement), consulté le 6 avril 2020. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx>
- Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! (Safer Healthcare Now!) (2012). Bilan comparatif des médicaments : Trousse de départ, consulté le 6 avril 2020. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Pages/Med-Rec-resources-getting-started-kit.aspx>



DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Association médicale américaine (American Medical Association) (2007). Rôle du médecin dans l'établissement du bilan comparatif, consulté le 6 avril 2020. <https://pogoe.org/sites/default/files/Medication%20Reconciliation.pdf>
- Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement) (2012). Guide pratique : prévention des événements indésirables liés aux médicaments (établissement du bilan comparatif) (Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation)), consulté le 6 avril 2020. www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx
- Institut pour l'amélioration des services de santé (Institute for Healthcare Improvement) (2008). Comparaison des médicaments à tous les points de transition (Reconcile medications at all transition points), consulté le 6 avril 2020. www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/ReconcileMedicationsatAllTransitionPoints.aspx
- Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Solutions en Matière de Sécurité des Patients (2007). Veiller à la Conformité des Traitements Médicamenteux à Chaque Changement de Service ou de Prestataire de Soins. Rapport n° : Solution 6.



IDENTIFICATION DES USAGERS

Cette POR se trouve dans la plupart des chapitres des manuels d'évaluation. Voir les tableaux aux pages 86 et 87.

À noter que dans le Chapitre 2 – Soins et services de longue durée (usagers admis) du manuel d'évaluation SAPA, le terme « usager » est remplacé par « résident ».

En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.

CONSEILS

Le fait d'utiliser des identificateurs uniques à la personne pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné peut éviter des incidents préjudiciables, comme le non-respect de la vie privée, les réactions allergiques, l'acheminement vers la mauvaise famille au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne.

Les identificateurs uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'usager. Voici des exemples d'identificateurs uniques à la personne : nom complet de l'usager, adresse à domicile (lorsqu'elle est confirmée par l'usager ou la famille), date de naissance, numéro d'identification personnelle et photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'usager, la reconnaissance du visage peut être un des identificateurs uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identificateur unique à l'usager et il ne peut être utilisé à cette fin. Il en va de même pour l'utilisation de l'adresse à domicile sans confirmation par l'usager ou la famille.

L'identification de l'usager est faite en partenariat avec l'usager et la famille en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identificateurs (p. ex., « Quel est votre nom? »). Quand les usagers et les familles ne peuvent pas fournir cette information, les autres identificateurs peuvent inclure les bracelets identificateurs, les dossiers de santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identificateurs uniques à la personne peuvent parvenir de la même source.

TEST DE CONFORMITÉ

- Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2008). Technology Solutions to Patient Misidentification: Report of Review. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, consulté le 6 avril 2020.
www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/19794-TechnologyReview1.pdf
- World Health Organization (2007). Patient Identification. Patient Safety Solutions, consulté le 6 avril 2020.
www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf



LISTE D'ABRÉVIATIONS QUI NE DOIVENT PAS ÊTRE UTILISÉES

Pour l'ensemble de normes suivant : Gestion des médicaments

Une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés a été établie et mise en œuvre.

CONSEILS

Les erreurs liées aux médicaments sont la plus grande source d'erreurs médicales identifiée dans les hôpitaux. Entre 2004 et 2006, on a signalé plus de 600 000 erreurs liées aux médicaments au programme United States Pharmacopeia (USP) MEDMARX, avec un coût annuel total de 3,5 milliards de dollars. Cinq pour cent de ces erreurs étaient attribuées à l'utilisation d'abréviations. L'interprétation erronée des abréviations peut entraîner des erreurs d'omission, des doses supplémentaires ou inadéquates, l'administration du mauvais médicament, ou son administration par la voie inadéquate. Cela peut aussi mener à une augmentation de la durée de séjour, à plus d'épreuves diagnostiques et à des changements dans la pharmacothérapie.

TESTS DE CONFORMITÉ

- La liste d'éléments à proscrire de l'organisme comprend les abréviations, les symboles et les désignations de dose, qui figurent dans la « liste d'éléments à proscrire » de L'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada).
- La « liste d'éléments à proscrire » est mise en œuvre et elle s'applique à tous les documents portant sur les médicaments, qu'ils soient écrits à la main ou saisis à l'ordinateur.
- Les formulaires préimprimés relatifs à l'utilisation des médicaments ne comprennent pas d'abréviations, de symboles ou de désignations de dose qui figurent sur la « liste d'éléments à proscrire ».
- Les abréviations dangereuses, les symboles et les désignations de dose ne sont pas utilisés sur les étiquettes et les formulaires produits par la pharmacie.
- Les membres de l'équipe sont informés de l'existence de la « liste d'éléments à proscrire » à l'orientation et lorsque des changements y sont apportés.
- La « liste d'éléments à proscrire » est mise à jour et les changements nécessaires sont apportés aux processus de gestion des médicaments.
- Le respect de la « liste d'éléments à proscrire » est vérifié et des changements sont apportés aux processus en fonction des problématiques cernées.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Medication safety issue brief. Eliminating dangerous abbreviations, acronyms and symbols (2005). Hosp.Health Netw., 79, 41-42.
- L'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (2006). Éliminer l'utilisation dangereuse d'abréviations, de symboles et de certaines inscriptions numériques. Bulletin de l'ISMP Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMP2006-04.pdf
- Institute for Safe Medication Practices Canada (2012). Do Not Use: List of Dangerous Abbreviations, Symbols, and Dose Designations. Institute for Safe Medication Practices Canada, consulté le 6 avril 2020. <https://www.ismp-canada.org/dangerousabbreviations.htm>
- Koczmara, C., Jelincic, V., & Dueck, C. (2005). Dangerous abbreviations: "U" can make a difference! *Dynamics.*, 16, 11-15.



LISTE DE CONTRÔLE D'UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE

Pour les chapitres suivants :

- *Manuel d'évaluation Jeunesse*
 - o *Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique*
- *Manuel d'évaluation Santé physique*
 - o *Chapitre 9 : Services interventionnels et périchirurgicaux*
 - o *Chapitre 12 : Services de dons d'organes (donneurs vivants)*

Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération.

CONSEILS

Les interventions chirurgicales s'avèrent un des éléments de plus en plus complexes des services de santé, et elles présentent un risque considérable de préjudices potentiellement évitables. Les listes de contrôle d'une chirurgie sécuritaire jouent un rôle important lorsqu'il s'agit d'améliorer la sécurité des interventions chirurgicales. Elles peuvent réduire les probabilités qu'il y ait des complications à la suite d'une chirurgie et peuvent souvent améliorer les résultats de celle-ci.

Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée pour entreprendre, orienter et formaliser les communications entre les membres de l'équipe qui procèdent à une intervention chirurgicale, ainsi que pour intégrer ces étapes au déroulement du travail en chirurgie.

Des listes de contrôle d'une chirurgie sécuritaire ont été élaborées et sont disponibles au Canada (Institut canadien pour la sécurité des patients) et à l'échelle internationale (Organisation mondiale de la Santé). Chaque liste de contrôle comporte trois étapes :

- i. réunion préparatoire - avant l'induction de l'anesthésie;
- ii. temps d'arrêt préopératoire - avant l'incision;
- iii. compte rendu postopératoire - avant que le patient quitte la salle d'opération.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'équipe s'est entendue sur une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire en trois étapes à utiliser pour les interventions chirurgicales effectuées dans la salle d'opération.
- La liste de contrôle est utilisée pour chaque intervention chirurgicale.
- Un processus est en place pour vérifier le respect de la liste de contrôle.
- L'utilisation de la liste de contrôle est évaluée et les résultats sont communiqués à l'équipe.
- Les résultats de l'évaluation sont utilisés pour améliorer la mise en œuvre et élargir l'utilisation de la liste de contrôle.



DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- De Vries, E.N., Prins, H.A., Crolla, R.M.P.N, et al (2010). Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *N.Engl.J.Med.*, 363,20,1928-37.
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H., Dellinger, E. P. et al. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N.Engl.J.Med.*, 360, 491-499.
- Institut Canadien pour la sécurité des patients (2012). Les chirurgies sécuritaires sauvent des vies : Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire . Institut Canadien pour la sécurité des patients, consulté le 6 avril 2020. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Surgical-Safety-Checklist.aspx>
- Panesar, S. S., Cleary, K., Sheikh, A., & Donaldson, L. (2009). The WHO checklist: a global tool to prevent errors in surgery. *Patient Saf.Surg.*, 3, 9.
- Russ, S., Rout, S., Sevdalis, N., et al (2013). Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Ann.Surg.*, 258,6,856-71.
- Semel, M. E., Resch, S., Haynes, A. B., Funk, L. M., Bader, A., Berry, W. R. et al. (2010). Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals. *Health.Aff.(Millwood.)*, 29, 1593-1599.
- World Alliance for Patient Safety (2008). Implementation Manual: Surgical Safety Checklist. World Health Organization. Consulté le 6 avril 2020. www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf



TRANSFERT DE L'INFORMATION AUX POINTS DE TRANSITION DES SOINS

Cette POR se trouve dans la plupart des chapitres des manuels d'évaluation. Voir les tableaux aux pages 86 et 87.

À noter que dans le Chapitre 2 – Soins et services de longue durée (usagers admis) du manuel d'évaluation SAPA, le terme « usager » est remplacé par « résident ».

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

CONSEILS

On entend par communication efficace, un échange d'information précise et en temps opportun qui permet de réduire au minimum les malentendus.

L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur dépendra de la nature de la transition. Elle comprend habituellement, au moins, le nom complet de l'utilisateur et d'autres identificateurs, les coordonnées des prestataires responsables, la raison de la transition, les préoccupations liées à la sécurité et les buts de l'utilisateur. Selon le milieu, l'information sur les allergies, les médicaments, les diagnostics, les résultats d'examen, les interventions et les directives préalables peut aussi être pertinente.

L'utilisation d'outils de consignation et de stratégies de communication (comme la technique SAER [Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation], les listes de vérification, le matériel d'enseignement au congé, les instructions pour les soins posthospitaliers, la relecture et la reformulation) favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente et des outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisme. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisme. Les dossiers médicaux électroniques sont utiles, mais ils ne remplacent pas les outils et stratégies de communication efficace.

Une communication efficace réduit la nécessité pour les usagers et les familles de répéter l'information. Les usagers et les familles ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus. Cela peut comprendre de l'information ou des instructions écrites, les plans d'action, les buts, les signes ou symptômes de la détérioration de l'état de santé et les coordonnées de l'équipe.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :
 - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
 - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).



DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- American Medical Directors Association (2010). Transitions of care in the long-term care continuum clinical practice guideline. American Medical Directors Association. Columbia, MD, consulté le 6 avril 2020. <https://fliphtml5.com/zlds/upvs>
- L'Association canadienne de protection médicale (l'ACPM). (2013) Le transfert des soins. Fiche d'information de l'ACPM. Ottawa, ON, consulté le 6 avril 2020. https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/research-and-policy/system-and-practice-improvement/patient_handovers-f.pdf
- Avoidable Hospitalization Advisory Panel (2011). Enhancing the Continuum of Care. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, consulté le 6 avril 2020. www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/baker_2011/baker_2011.pdf
- Dreyer, T. Care Transitions: Best Practices and Evidence-based Programs (2014). Center for Healthcare Research & Transformation. Ann Arbor, MI, consulté le 6 avril 2020. <https://chrt.org/publication/care-transitions-best-practices-evidence-based-programs/>
- Fancott, C (2011). Interventions and measurement tools related to improving the patient experience through transitions in care: A summary of key literature. The Change Foundation. Toronto, ON, consulté le 6 avril 2020. www.hqontario.ca/portals/0/Modals/qi/en/processmap_pdfs/resources_links/Care%20Transitions%20Literature%20Review.pdf
- Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., & Hirschman, K. B. (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff. (Millwood)*, 30, 746-754.
- Trachtenberg, M. & Ryvicker, M. (2011). Research on transitional care: from hospital to home. *Home Healthc. Nurse*, 29, 645-651.
- National Transitions in Care Coalition (2010). Improving Transitions of Care: Findings and Considerations of the "Vision of the National Transitions of Care Coalition", consulté le 6 avril 2020. <https://static1.squarespace.com/static/5d48b6eb75823b00016db708/t/5d49c7b1d1f9b1000183745c/1565116338491/IssueBriefs.pdf>
- Provincial Council for Child and Maternal Health. (2013). Transition to Adult Healthcare Services. Provincial Council for Child and Maternal Health. Toronto, ON, consulté le 6 avril 2020. www.pcmch.on.ca/health-care-providers/paediatric-care/pcmch-strategies-and-initiatives/transition-to-adult-healthcare-services/
- Registered Nurses' Association of Ontario (2014). Care Transitions. Registered Nurses' Association of Ontario. Toronto, ON, consulté le 6 avril 2020. rnao.ca/bpg/guidelines/care-transitions
- Starmer, A.J., Sectish, T.C., Simon D.W., et al (2013). Rates of medical errors and preventable adverse events among hospitalized children following implementation of a resident handoff bundle. *JAMA*. 310(21):2262-70.
- World Health Organization (2009). Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools. World Health Organization, consulté le 6 avril 2020. www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf



ÉLECTROLYTES CONCENTRÉS

Pour l'ensemble de normes suivant : Gestion des médicaments

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.

CONSEILS

En s'assurant de ne pas entreposer des électrolytes concentrés dans les unités de soins, on peut réduire le risque de décès ou de blessures invalidantes associées à ces agents. Il est également recommandé que l'emballage des électrolytes concentrés soit conforme à leur utilisation prévue.

Dans des cas particuliers, il peut être nécessaire que les électrolytes concentrés soient disponibles dans certaines unités de soins, ce qui est le cas, par exemple, des produits suivants :

- Calcium : les seringues déjà remplies (1 g dans 10 ml) dans les chariots d'urgence ou les boîtes seulement.
- Chlorure de sodium (les concentrations supérieures à 0,9%) : les sacs de perfusion sont conservés à part des autres solutions intraveineuses non médicamenteuses dans certaines unités de soins (par ex., en neurologie, dans les services d'urgence, aux soins intensifs).

Dans ce cas, un comité interdisciplinaire de gestion des médicaments (par exemple, le comité de pharmacologie et de thérapeutique et le comité médical consultatif) passe en revue et approuve les raisons pour lesquelles ils sont disponibles et des mesures de protection sont mises en place pour réduire les risques d'erreur.

Des stratégies supplémentaires permettant d'assurer l'utilisation sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé, tels que les électrolytes concentrés, peuvent se trouver dans les POR d'Agrément Canada qui portent sur les médicaments de niveau d'alerte élevé.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Au moins une fois par année, un inventaire des électrolytes concentrés suivants qui sont entreposés dans les unités de soins est dressé :
 - le calcium (tous les sels) : les concentrations supérieures ou égales à 10 %;
 - le sulfate de magnésium : les concentrations supérieures à 20 %;
 - le potassium (tous les sels) : les concentrations supérieures ou égales à 2 mmole/ml (2 mEq/ml);
 - l'acétate de sodium et le phosphate de sodium : les concentrations supérieures ou égales à 4mmole/ml;
 - le chlorure de sodium : les concentrations supérieures à 0,9 %.
- Il faut éviter d'entreposer les électrolytes concentrés suivants dans les unités de soins :
 - le calcium (tous les sels) : les concentrations supérieures ou égales à 10 %;
 - le sulfate de magnésium : les concentrations supérieures à 20 %;
 - le potassium (tous les sels) : les concentrations supérieures ou égales à 2 mmole/ml (2 mEq/ml);
 - l'acétate de sodium et le phosphate de sodium : les concentrations supérieures ou égales à 4mmole/ml;
 - le chlorure de sodium : les concentrations supérieures à 0,9 %
- Lorsqu'il est nécessaire que les électrolytes concentrés soient disponibles dans certaines unités de soins, un comité interdisciplinaire de gestion des médicaments passe en revue et approuve les raisons pour lesquelles ils doivent être disponibles et des mesures de protection sont mises en place pour réduire les risques d'erreur.



DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Hyland, S. & U, D. (2002). Medication Safety Alerts. Institute for Safe Medication Practices Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/download/cjhp/cjhp0209.pdf
- Institute for Healthcare Improvement (IHI) (2012). Adverse Drug Events Involving Electrolytes, consulté le 6 avril 2020. www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/ReduceAdverseDrugEventsInvolvingElectrolytes.aspx
- L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada). (2004). Un danger qui se reproduit: les solutions de chlorure de potassium concentrées. Bulletin ISMP Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2004-03.pdf
- L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada). (2006). Des stratégies de sécurité pour le phosphate de potassium injectable. Bulletin de l'ISMP Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2006-02.pdf
- Institute for Safe Medication Practices - Canada (2001). Reported Error With Sodium Chloride 3% Reminds Us Of The Need For Added System Safeguards With This Product. ISMP Canada Safety Bulletin, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2001-11NaCl.pdf
- Institute for Safe Medication Practices - Canada (2003). More on Potassium Chloride. ISMP Canada Safety Bulletin, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2003-11KCl.pdf
- World Health Organization (2007). Control of Concentrated Electrolyte Solutions. World Health Organization, consulté le 6 avril 2020. www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution5.pdf



GÉRANCE DES ANTIMICROBIENS

Pour l'ensemble de normes suivant : Gestion des médicaments

Un programme de gérance des antimicrobiens permet d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens.

CONSEILS

L'utilisation d'agents antimicrobiens s'avère une intervention utile en santé, mais elle peut entraîner des conséquences non intentionnelles comme la toxicité, la sélection d'organismes pathogènes et le développement d'organismes résistants aux agents antimicrobiens. Les organismes résistants aux antibiotiques ont une incidence importante sur la santé et la sécurité des usagers, ainsi que sur les ressources du système de soins 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 patients, réduire les risques d'infections, réduire ou stabiliser les niveaux de résistance aux antibiotiques et favoriser la sécurité des patients.

Il a été démontré qu'une gérance des antimicrobiens efficace combinée à un programme complet de prévention des infections limite l'émergence et la transmission de bactéries résistantes aux antimicrobiens. Les études révèlent que les programmes de gérance des antimicrobiens sont rentables et qu'ils permettent de réaliser des économies par la réduction des coûts en médicaments, tout en évitant la résistance aux microbes.

Un programme de gérance des antimicrobiens complet et éclairé par des données probantes peut comprendre un certain nombre d'interventions.

Les organismes 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 du personnel médical et des prestataires de soins de santé est essentiel.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Un programme de gérance des antimicrobiens a été mis en œuvre.
- Le programme indique qui est responsable de la mise en œuvre du programme.
- Le programme est interdisciplinaire et comprend la participation des pharmaciens, des infectiologues, des spécialistes en prévention des infections, des médecins, du personnel de la microbiologie, du personnel infirmier, des administrateurs de l'hôpital et des spécialistes des systèmes d'information, selon la disponibilité et la pertinence.
- Le programme inclut des interventions pour optimiser l'utilisation d'antimicrobiens, telles que la vérification et la rétroaction, un formulaire d'antimicrobiens ciblés et des indications approuvées, de la formation, des formulaires d'ordonnance d'antimicrobiens, des lignes directrices 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).
- Le programme fait l'objet d'une évaluation continue et les résultats sont communiqués aux parties concernées à l'interne.



DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- American Hospital Association (2014). Appropriate Use of Medical Resources: Antimicrobial Stewardship Toolkit, consulté le 6 avril 2020. www.ahaphysicianforum.org/resources/appropriate-use/antimicrobial/index.shtml
- Centers for Disease Control and Prevention (2010). Get Smart for Healthcare – Evidence and Implementation Resources to Support Antimicrobial Stewardship, consulté le 6 avril 2020. www.cdc.gov/getsmart/healthcare/
- Coenen, S., Ferech, M., Haaijer-Ruskamp, F. M., Butler, C. C., Vander Stichele, R. H., Verheij, T. J. et al. (2007). European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): quality indicators for outpatient antibiotic use in Europe. *Qual.Saf Health Care*, 16, 440-445.
- Dellit, T. H., Owens, R. C., McGowan, J. E., Jr., Gerding, D. N., Weinstein, R. A., Burke, J. P. et al. (2007). 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.*, 44, 159-177, consulté le 6 avril 2020. <https://academic.oup.com/journals>
- Joint Commission Resources (2012). Antimicrobial Stewardship Toolkit, consulté le 6 avril 2020. www.jcrinc.com/antimicrobial-stewardship-toolkit/
- Morris, A. M., Brener, S., Dresser, L., Daneman, N., Dellit, T. H., Avdic, E. et al. (2012). Use of a structured panel process to define quality metrics for antimicrobial stewardship programs. *Infect.Control Hosp.Epidemiol.*, 33, 500-506.
- Santé publique Ontario (2012). Santé publique Ontario - Programme de gestion des antimicrobiens. Santé publique Ontario, consulté le 6 avril 2020. www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/AntimicrobialStewardshipProgram/Pages/Antimicrobial-Stewardship-Program.aspx
- Sensibilisation aux Antibiotiques (2012). Sensibilisation aux antibiotiques - Fournisseurs de soins de santé. Sensibilisation aux Antibiotiques, consulté le 6 avril 2020. <https://infoantibio.ca/#pour-les-fournisseurs>
- Yam, P., Fales, D., Jemison, J., Gillum, M., Bernstein, M. (2012). Implementation of an antimicrobial stewardship program in a rural hospital. *Am.J.Health-Syst.Pharm.* 69:1142-8.



MÉDICAMENTS DE NIVEAU D'ALERTE ÉLEVÉ

Pour l'ensemble de normes suivant : Gestion des médicaments

Une approche documentée et coordonnée est mise en œuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.

CONSEILS

Les médicaments de niveau d'alerte élevé peuvent causer un tort considérable s'ils sont utilisés par erreur. Une approche documentée et coordonnée pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé améliore la sécurité des usagers et réduit la possibilité de préjudices.

Les médicaments de niveau d'alerte élevé peuvent comprendre, entre autres, les agents antithrombotiques, les agents adrénergiques, les agents chimiothérapeutiques, les électrolytes concentrés, l'insuline, les narcotiques (opioïdes), les agents bloquants neuromusculaires et les agents sédatifs. L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada) a élaboré une liste détaillée des médicaments de niveau d'alerte élevé pour les milieux où l'on offre des soins de courte durée, des soins ambulatoires et des soins de santé communautaires.

Une approche documentée et coordonnée pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé permet d'indiquer ces médicaments à l'aide du formulaire de médicaments de l'organisme en tenant compte des données concernant les erreurs liées aux médicaments à l'échelle de l'organisme, de la province ou du pays. Chaque médicament ou classe de médicaments de niveau d'alerte élevé est évalué, des procédures pour une utilisation plus sécuritaire sont établies et un plan d'action est mis en place. Les procédures visant l'utilisation sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé peuvent comprendre, entre autres, celles qui suivent :

- L'organisme normalise les concentrations et les options relatives au volume qui sont disponibles pour les médicaments de niveau d'alerte élevé.
- L'organisme utilise des solutions prémélangées (fabriquées commercialement et préparées en pharmacie).
- L'organisme utilise des pompes programmables comportant des limites de dosage et des alertes automatisées.
- L'organisme colle des étiquettes de mise en garde sur les produits dès leur réception à la pharmacie.
- L'organisme utilise des étiquettes de mise en garde et des étiquettes supplémentaires visibles selon la politique de l'organisme.
- L'organisme utilise des étiquettes spécifiques à chaque usager pour les concentrations inhabituelles.
- L'organisme limite l'accès aux médicaments de niveau d'alerte élevé dans les unités de soins et vérifie régulièrement les produits qui devraient être retirés.
- L'organisme normalise l'ordonnance, l'entreposage, la préparation, l'administration et la délivrance de ces produits par le biais de protocoles, de directives, de tableaux de dosage et de formulaires de prescription (préimprimés ou électroniques).
- L'organisme fournit un accès limité et dirigé afin de réduire la probabilité d'une erreur de sélection (par ex., l'utilisation de distributeurs automatiques de médicaments dans les unités de soins).
- L'organisme fournit de la formation sur les médicaments de niveau d'alerte élevé.
- L'organisme a recours à des mécanismes redondants tels que les vérifications automatisées ou les doubles vérifications indépendantes.

L'approche peut mettre davantage l'accent sur les stratégies visant les populations d'usagers à risque élevé, y compris les personnes âgées, les enfants et les nouveau-nés, de même que sur les points de transition tels que l'admission, le transfert et le congé. Des stratégies particulières permettant d'assurer l'utilisation sécuritaire des électrolytes concentrés, des produits à l'héparine et des produits narcotiques (opioïdes) devraient être élaborées en conformité avec d'autres POR d'Agrément Canada qui portent sur l'utilisation des médicaments.



TESTS DE CONFORMITÉ

- Il existe une politique sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.
- La politique précise le rôle ou le poste des personnes responsables de mettre en œuvre la politique et d'en superviser l'application.
- La politique comprend une liste des médicaments de niveau d'alerte élevé identifiés par l'organisme.
- La politique comprend des procédures pour l'entreposage, l'ordonnance, la préparation, l'administration, la délivrance et la consignment de chaque médicament de niveau d'alerte élevé ciblé.
- Les concentrations et les options relatives au volume des médicaments de niveau d'alerte élevé sont limitées et normalisées.
- Les médicaments de niveau d'alerte élevé font l'objet d'une vérification régulière dans les unités de soins.
- La politique est régulièrement mise à jour.
- De l'information et de la formation continue sont fournies aux membres de l'équipe sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- U, D. (2006) High-alert medications: the need for awareness and safeguards to prevent patient harm. Hospital News, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/download/hnews/HNews0606.pdf
- L'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada). (2012). Préoccupations quant à l'utilisation sécuritaire des médicaments en contexte de pénuries. Bulletin de l'ISMP Canada. 12(3), consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMP2012-03.pdf
- Institute for Healthcare Improvement (IHI) (2012). High-Alert Medication Safety, consulté le 6 avril 2020. www.ihl.org/explore/highalertmedicationsafety/pages/default.aspx
- Institute for Safe Medication Practices (ISMP) (2013). Your high-alert medication list – relatively useless without associated risk-reduction strategies. ISMP Medication Safety Alert – Acute Care. Institute for Safe Medication Practices. April 4, consulté le 6 avril 2020. <https://ismp.org/resources/your-high-alert-medication-list-relatively-useless-without-associated-risk-reduction>
- Institute for Safe Medication Practices (ISMP) (2018). Liste de médicaments de niveau d'alerte élevé dans les établissements de soins de courte durée, consulté le 21 janvier 2021. <https://www.ismp-canada.org/download/HighAlertMedications-FR.pdf>
- Institute for Safe Medication Practices (ISMP) (2011). ISMP List of High-Alert Medications in Community/Ambulatory Healthcare. Consulté le 6 avril 2020. <https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2017-11/highAlert-community.pdf>
- L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada (2016). High-Alert Medications Need Multiple Safeguards. Ontario Critical Incident Learning Bulletins. 15 (Jan), consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/ocil/



SÉCURITÉ LIÉE À L'HÉPARINE

Pour l'ensemble de normes suivant : Gestion des médicaments

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.

CONSEILS

Les produits à l'héparine sont des médicaments de niveau d'alerte élevé. Le fait de limiter leur disponibilité et de s'assurer que les doses élevées de ces produits ne sont pas entreposées dans les unités de soins constitue une stratégie efficace permettant de réduire le risque de décès ou de blessures invalidantes associées à ces agents.

Dans des circonstances particulières, il peut être nécessaire que les produits à l'héparine soient disponibles dans certaines unités de soins. Dans ce cas, un comité interdisciplinaire de gestion des médicaments (par exemple, le comité de pharmacologie et de thérapeutique et le comité médical consultatif) passe en revue et approuve les raisons pour lesquelles ils sont disponibles et des mesures de protection sont mises en place pour réduire les risques d'erreur.

Pour le rinçage de cathéters intraveineux, les organismes sont encouragés à consulter les lignes directrices des meilleures pratiques pour connaître les choix autres que l'héparine. Des stratégies supplémentaires permettant d'assurer l'utilisation sécuritaire des produits à l'héparine peuvent se trouver dans les POR d'Agrément Canada qui portent sur les médicaments de niveau d'alerte élevé.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Au moins une fois par an, un inventaire des produits à l'héparine non fractionnés et de faible masse moléculaire entreposés dans les unités de soins est dressé.
- Les doses élevées de produits à l'héparine non fractionnés (total de 50 000 unités par contenant) ne sont pas entreposées dans les unités de soins.
- Des mesures sont adoptées pour limiter la disponibilité des produits à l'héparine suivants dans les unités de soins :
 - l'héparine de faible masse moléculaire : l'utilisation de fioles à usage multiple est réservée aux secteurs de soins critiques pour le dosage des traitements;
 - les produits à l'héparine non fractionnés (dose élevée) : un total supérieur ou égal à 10 000 unités par contenant (par ex., 10 000 unités/1 ml; 10 000 unités/10 ml; 30 000 unités/30 ml) est fourni uniquement à certains usagers lorsque nécessaire;
 - les produits à l'héparine non fractionnés administrés par intraveineuse (par ex., 25 000 unités/500 ml; 20 000 unités/500 ml) sont fournis uniquement à certains usagers lorsque nécessaire.
- Lorsqu'il est nécessaire que les produits à l'héparine mentionnés ci-haut soient disponibles dans certaines unités de soins, un comité interdisciplinaire de gestion des médicaments passe en revue et approuve les raisons pour lesquelles ils doivent être disponibles et des mesures de protection sont mises en place pour réduire les risques d'erreur.



DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Harder, K. A., Bloomfield, J. R., Sendelbach, S. E., Shepherd, M. F., Rush, P. S., Sinclair, J. S. et al. (2005). Improving the Safety of Heparin Administration by Implementing a Human Factors Process Analysis.
- L'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada). (2004). Besoin de se départir des héparines à concentration élevée. Bulletin de l'ISMP Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMP2004-10.pdf
- L'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada). (2005). Thrombocytopénie induite par l'héparine (TIH) – Une communication efficace peut prévenir une tragédie. Bulletin de l'ISMP Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMP2005-03.pdf
- L'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada). (2008). Rendre l'utilisation de l'héparine non fractionnée plus sécuritaire: un domaine d'intérêt particulier à l'échelle nationale et internationale. Bulletin de l'ISMP Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMP2008-05.pdf
- MacKinnon, N., Koczmara, C., & U, D. (2008). Medication Incidents Involving Heparin in Canada: "Flushing" Out the Problem. Institute for Safe Medication Practices – Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/download/cjhp/cjhp0810.pdf
- Schneider, P. (2008). Improving Heparin Safety. CareFusion Center for Safety and Clinical Excellence, consulté le 6 avril 2020. <https://www.bd.com/en-us/clinical-excellence/clinical-excellence-resource-library?tag=18&search=heparin&count=25&contenttype=1155>



SÉCURITÉ LIÉE AUX NARCOTIQUES

Pour l'ensemble de normes suivant : Gestion des médicaments

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.

CONSEILS

Les produits narcotiques (opioïdes) ont été définis comme des médicaments de niveau d'alerte élevé. Le fait de limiter leur disponibilité et de s'assurer que les formats à doses élevées de ces produits ne soient pas entreposés dans les unités de soins constitue une stratégie efficace permettant de réduire le risque de décès ou de blessures invalidantes associées à ces agents.

Dans des cas particuliers, il peut être nécessaire que des produits narcotiques soient disponibles dans certaines unités de soins, ce qui est le cas, par exemple, des produits suivants :

- Fentanyl : les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 100 mcg par contenant;
- Hydromorphone: les ampoules ou les flacons de 10 mg/ml peuvent être fournis dans les conditions suivantes et doivent être retirés dès qu'ils ne sont plus nécessaires : les doses intraveineuses, sous-cutanées ou intramusculaires intermittentes supérieures à 4 mg.

Dans ce cas, un comité interdisciplinaire de gestion des médicaments (par exemple, le comité de pharmacologie et de thérapeutique et le comité médical consultatif) passe en revue et approuve les raisons pour lesquelles ils sont disponibles et des mesures de protection sont mises en place pour réduire les risques d'erreur.

Les organismes offrant des soins en pédiatrie sont encouragés à mettre en œuvre les recommandations du Paediatric Opioid Safety Resource Kit de l'Association canadienne des centres de santé pédiatriques et de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, incluant l'utilisation de concentrations standardisées pour les perfusions d'opioïdes.

Afin de favoriser l'utilisation sécuritaire des produits narcotiques, les organismes pourraient envisager la mise sur pied d'une équipe de gestion de la douleur. Des stratégies supplémentaires permettant d'assurer l'utilisation sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé, tels que les narcotiques, peuvent se trouver dans les POR d'Agrément Canada qui portent sur les médicaments de niveau d'alerte élevé.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Au moins une fois par année, un inventaire des produits narcotiques suivants qui sont entreposés dans les unités de soins est dressé :
 - Fentanyl : les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 100 mcg par contenant;
 - Hydromorphone: les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 2 mg;
 - Morphine: les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 15 mg dans les unités de soins pour adultes et de 2 mg dans les unités de soins pédiatriques.
- Il faut éviter d'entreposer les produits narcotiques suivants dans les unités de soins :
 - Fentanyl : les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 100 mcg par contenant;
 - Hydromorphone: les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 2 mg;
 - Morphine: les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 15 mg dans les unités de soins pour adultes et de 2 mg dans les unités de soins pédiatriques.
- Lorsqu'il est nécessaire que les produits narcotiques (opioïdes) soient disponibles dans des unités de soins particulières, un comité interdisciplinaire de gestion des médicaments de l'organisme passe en revue et approuve les raisons pour lesquelles ils doivent être disponibles et des mesures de protection sont mises en place pour réduire les risques d'erreur.



DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Canadian Association of Paediatric Health Centres (2012). Paediatric Opioid Safety Resource Kit. Canadian Association of Paediatric Health Centres, consulté le 6 avril 2020. <http://ken.caphc.org/xwiki/bin/view/PaediatricOpioidSafetyResourceKit/References+and+Recommended+Reading>
- Colquhoun, M., Koczmara, C., & Greenall, J. (2006). Implementing system safeguards to prevent error-induced injury with opioids (narcotics): an ISMP Canada collaborative. *Healthc.Q.*, 9 Spec No, 36-42.
- Institute for Safe Medication Practices Canada (2002). Narcotic Safeguards – The Challenge Continues. ISMP Canada Safety Bulletin, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2002-02Narcotics.pdf
- Institute for Safe Medication Practices Canada (2003). Safeguard Against Errors with Long-Acting Oral Narcotics. ISMP Canada Safety Bulletin, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2003-09Narcotics.pdf
- Institute for Safe Medication Practices Canada (2005). Narcotic (Opioid) Medication Safety Initiative. Institute for Safe Medication Practices Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/Narclnit.htm
- Institute for Safe Medication Practices Canada (2012). A National Collaborative: Advancing Medication Safety in Paediatrics. Institute for Safe Medication Practices Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/CurrentProjects/Paediatrics/
- Institute for Safe Medication Practices Canada (2013). HYDROmorphine remains a high-alert drug. Ontario Critical Incident Learning Bulletins. 2 (Feb), consulté le 6 avril 2020. [www.ismp-canada.org/ocil/]
- L'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada). (2013). Nouvelles mesures d'utilisation sécuritaire de l'HYDROmorphine – Résultats d'un projet de démonstration ciblée. Bulletin de l'ISMP. 13(10), consulté le 6 avril 2020. www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/



SÉCURITÉ LIÉE AUX POMPES À PERFUSION

Pour les chapitres suivants :

- *Chapitre 1 - Excellence des services dans tous les manuels d'évaluation*
- *Manuel d'évaluation Jeunesse*
 - o *Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique*
 - o *Chapitre 7 : Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie*

Une approche documentée et coordonnée est mise en œuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.

CONSEILS

Les pompes à perfusion, qui servent à administrer des liquides dans le corps d'un usager de façon contrôlée, sont grandement utilisées dans les soins de santé, y compris à domicile. Elles sont associées à d'importants problèmes de sécurité et préjudices causés aux usagers.

La présente POR met l'accent sur l'administration parentérale (c.-à-d. par des voies autres que la voie digestive ou l'application topique) de liquides, médicaments, sang, produits sanguins et éléments nutritifs. Elle porte sur les pompes à perfusion intraveineuses stationnaires et mobiles, les pompes d'analgésie contrôlées, les pompes épidurales, les pompes à insuline et les pompes à grand débit. Sont exclues les pompes pour alimentation entérale.

Les membres de l'équipe ont besoin de formation et de perfectionnement pour maintenir les compétences qui leur permettent d'utiliser les pompes à perfusion de façon sécuritaire, compte tenu des différents types et fabricants de pompes, du mouvement des membres de l'équipe entre les services et du recours à du personnel temporaire. Les organismes réussissent mieux à assurer la sécurité quand ils adoptent une approche complète qui combine la formation et l'évaluation avec la sélection, l'acquisition et la standardisation appropriées des pompes à perfusion dans l'ensemble de l'organisme (voir les normes d'Agrément Canada sur la gestion des médicaments).

Lorsque les évaluations permettent de repérer des problèmes relatifs à la conception des pompes à perfusion, les organismes peuvent travailler avec les fabricants pour apporter des améliorations. Les organismes sont encouragés à signaler les problèmes à l'externe (p. ex., Santé Canada ou Alertes mondiales sur la sécurité des patients) pour que d'autres organismes puissent apporter des améliorations en matière de sécurité.



TESTS DE CONFORMITÉ

- Des instructions et des guides de l'utilisateur sont facilement accessibles en tout temps pour chaque type de pompes à perfusion.
- Une formation initiale et un recyclage professionnel sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont fournis aux membres de l'équipe :
 - qui sont nouveaux dans l'organisme ou qui font partie du personnel temporaire et sont nouveaux dans le secteur de services;
 - qui reviennent d'un congé prolongé;
 - quand l'utilisation d'un nouveau type de pompes à perfusion est instaurée ou quand les pompes à perfusion existantes sont améliorées;
 - quand l'évaluation des compétences indique qu'un recyclage professionnel est requis;
 - Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une formation ponctuelle est offerte.
- Quand des pompes à perfusion contrôlées par l'utilisateur sont remises à des usagers (p. ex., pompes d'analgésie contrôlées, pompes à insuline), les usagers et les familles reçoivent une formation sur l'utilisation sécuritaire des pompes, et cette formation est documentée.
- Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.
- L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.
 - Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion.
 - Examiner les données tirées des pompes intelligentes.
 - Examiner les évaluations des compétences.
 - Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe.
- Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI). 2010. Infusing Patients Safely: priority issues from the AAMI/FDA Infusion Device Summit. AAMI. Arlington, VA, consulté le 21 janvier 2021. https://www.aami.org/docs/default-source/reports/aami_fda_summit_report.pdf
- ECRI Institute. (2014) Top 10 Health Technology Hazards for 2014. ECRI Institute. Plymouth Meeting, PA, consulté le 6 avril 2020. www.ecri.org/Resources/Whitepapers_and_reports/2014_Top_10_Hazards_Executive_Brief.pdf
- Health Canada (2004). Health risks associated with use of INFUSION PUMPS - Notice to Hospitals. Health Canada, consulté le 6 avril 2020. <http://healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2004/14266a-eng.php>
- Institute for Safe Medication Practices (2009). Proceedings from the ISMP summit on the use of smart infusion pumps: guidelines for safe implementation and use. Institute for Safe Medication Practices, consulté le 6 avril 2020. <https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-06/ISMP%20Smart%20Pump%20Guidelines%202009.pdf>
- Institute for Safe Medication Practices - Canada (2003). Infusion Pumps – Opportunities for Improvement. ISMP Canada Safety Bulletin, consulté le 6 avril 2020. ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2003-07InfusionPumps.pdf
- Institute for Safe Medication Practices - Canada (2004). Infusion Pump Project: Survey Results and Time for Action. ISMP Canada Safety Bulletin, consulté le 6 avril 2020. ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2004-01InfusionPump.pdf
- Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA). (2013). Infusion systems v2.1. MHAR. London, UK, consulté le 6 avril 2020. www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/403420/Infusion_systems.pdf
- National Reporting and Learning Service. (2010). Design for patient safety: a guide to the design of electronic infusion devices. National Patient Safety Agency. London, UK, consulté le 6 avril 2020. www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/design-for-patient-safety/



- Reston, J. (2013). Smart Pumps and Other Protocols for Infusion Pumps: Brief Review. In: Making Health Care Safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Evidence Report No. 211. Rockville, MD, consulté le 6 avril 2020. www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html
- Trbovich PL, Easty A. (2012) Smart Pump Implementation: A Guide For Healthcare Institutions. AAMI Foundation HSTI
- Trbovich PL, Jeon J, Easty A. (2009) Smart Medication Delivery Systems: Infusion Pumps. University Health Network. Toronto, ON.



CHEMINEMENT DES USAGERS

Cette POR se trouve dans la plupart des chapitres des manuels d'évaluation. Voir les tableaux aux pages 86 et 87.

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.

CONSEILS

La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions prévues, les consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.

L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).

L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires (services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.



TESTS DE CONFORMITÉ

- Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Canadian Association of Emergency Physicians (2013). Position Statement on Emergency Department Overcrowding and Access Block. Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP). Ottawa, ON, consulté le 6 avril 2020. https://caep.ca/wp-content/uploads/2016/03/cjem_2013_overcrowding_and_access_block.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009). Les protocoles relatifs à la surcapacité et la capacité dans le système de santé du Canada. Énoncés de position de l'AiIC. Ottawa, ON, consulté le 6 avril 2020. https://www.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=7962&cf_id=69&lang=fr
- Guttman, A., Schull, M.J., Vermeulen, M.J., Stukel, T.A. (2011) Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*. 342:d2983, consulté le 6 avril 2020. www.bmj.com/content/342/bmj.d2983
- De Grood, J., Bota, M., Zwicker, K., et al (2012). Overview of interventions to mitigate emergency department overcrowding. In: Review of the quality of care and safety of patients requiring access to emergency department care and cancer surgery and the role and process of physician advocacy. p247-321. Health Quality Council of Alberta. Edmonton, AB, consulté le 6 avril 2020. <http://hqca.ca/studies-and-reviews/completed-reviews/>
- Forero, R., Hillman, K. (2008) Access block and overcrowding: a literature review. Prepared for the Australasian College for Emergency Medicine. Simpson Centre for Health Services Research, South Western Sydney Clinical School, University of New South Wales. Sydney, Australia, consulté le 6 avril 2020. https://acem.org.au/getmedia/17a40f20-fe57-4967-b062-371404e07e9e/Access_Block_Literature_Review_08_Sept_3.aspx
- McHugh, M. Van Dyke, K., McClelland, M. Moss, D. (2011). Improving patient flow and reducing emergency department crowding: a guide for hospitals. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD, consulté le 6 avril 2020. www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/ptflow/ptflowguide.pdf
- Institute for Healthcare Improvement (2003). Optimizing patient flow: moving patients smoothly through acute care settings. IHI Innovation Series white paper. Institute for Healthcare Improvement. Boston, MA, consulté le 6 avril 2020. www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/OptimizingPatientFlowMovingPatientsSmoothlyThroughAcuteCareSettings.aspx



- The Health Foundation (2013). Improving patient flow: How two trusts focused on flow to improve the quality of care and use available capacity effectively. The Health Foundation. London, UK, consulté le 6 avril 2020.
www.health.org.uk/publications/improving-patient-flow/



PLAN DE SÉCURITÉ DES USAGERS

Pour l'ensemble de normes suivant : Leadership

Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en œuvre dans l'organisme.

CONSEILS

Il y a un lien important entre l'excellence des soins et la sécurité. La prestation de services sécuritaires figure parmi les principales responsabilités de l'organisme à l'endroit des usagers et des membres de l'équipe. La sécurité des usagers peut être améliorée si les organismes élaborent un plan de sécurité des usagers ciblé.

Les plans de sécurité doivent prendre en considération les questions de sécurité dans l'organisme, la prestation des services, ainsi que les besoins des usagers et des familles. Ils peuvent comprendre une variété de sujets et d'approches, dont le mentorat offert aux membres de l'équipe, le rôle de l'équipe de leadership (p. ex., tournées de l'équipe de leadership en rapport avec la sécurité des usagers), la mise en œuvre de projets liés à la sécurité des usagers dans l'ensemble de l'organisme, l'accès à des données probantes et à de meilleures pratiques, et la reconnaissance de l'innovation visant à améliorer la sécurité des usagers dont font preuve les membres de l'équipe.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Les problèmes de l'organisme liés à la sécurité des usagers sont évalués.
- Un plan et un processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des usagers cernés.
- Le plan comprend la sécurité des usagers sous forme de priorité ou de but stratégique formulé par écrit.
- Des ressources sont allouées pour favoriser la mise en œuvre du plan sur la sécurité des usagers.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Botwinick L, Bisognano M, & Haraden C. (2006). Leadership Guide to Patient Safety. IHI Innovation Series White Paper, consulté le 6 avril 2020. www.ihi.org/knowledge/Knowledge%20Center%20Assets/IHIWhitePapers%20-%20LeadershipGuidetoPatientSafety_507359c3-7353-4b72-8a37-e6a3c7f1e594/IHILeadershipGuidetoPtSafetyWhitePaper2006.pdf
- Institut canadien pour la sécurité des patients (2012). Plan de qualité et de sécurité, consulté le 6 avril 2020. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/about/PatientSafetyForwardWith4/Pages/Integrated-Patient-Safety-Action-Plan.aspx>
- Zimmerman, R., Ip, I., Christoffersen, E., & Shaver, J. (2008). Developing a patient safety plan. *Healthc.Q.*, 11, 26-30.



PRÉVENTION DE LA VIOLENCE EN MILIEU DE TRAVAIL

Pour l'ensemble de normes suivant : Leadership

Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en œuvre.

CONSEILS

La violence en milieu de travail est plus courante dans les établissements de soins de santé que dans de nombreux autres milieux de travail. Un quart de tous les incidents liés à la violence au travail ont lieu dans des organismes de santé. En outre, la violence en milieu de travail est une question qui affecte l'ensemble du personnel et des prestataires de soins de santé à travers tout le continuum des soins de santé.

Agrément Canada a adopté la définition modifiée de la violence en milieu de travail établie par l'Organisation internationale du Travail, soit : « 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. Ces comportements peuvent provenir d'un usager ou de collègues, et ce, à n'importe quel palier de l'organisme ».

L'Association des infirmiers et infirmières autorisés de l'Ontario divise la violence en milieu de travail en quatre catégories :

Type I (Intention criminelle) :	L'auteur de l'acte n'a aucun lien avec le milieu de travail.
Type II (Usager) :	L'auteur de l'acte est un usager, un visiteur ou un membre de la famille d'un usager qui se trouve dans le milieu de travail et qui devient violent à l'égard d'un travailleur ou d'un autre usager.
Type III (Entre travailleurs) :	L'auteur est un employé ou un ancien employé du milieu de travail.
Type IV (Connaissance personnelle) :	L'auteur a une relation personnelle avec un employé (p. ex., violence conjugale en milieu de travail).

Une stratégie de prévention de la violence en milieu de travail devrait respecter les lois provinciales ou territoriales qui s'appliquent, et cela constitue une étape importante pour répondre à l'inquiétude grandissante face à la violence en milieu de travail dans le secteur des soins de santé.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Une politique écrite sur la prévention de la violence en milieu de travail est en place.
- La politique est élaborée en collaboration avec les membres de l'équipe et les bénévoles (selon le cas).
- La politique précise le nom des personnes ou des postes responsables de sa mise en œuvre et de son respect.
- Des évaluations des risques sont effectuées pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.
- Des procédures permettent aux membres de l'équipe de signaler en toute confidentialité les incidents liés à la violence au travail.
- Des procédures permettent d'enquêter sur les incidents liés à la violence au travail et d'y donner suite.
- Le personnel d'encadrement de l'organisme étudie les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail et il se sert des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence et améliorer la politique sur prévention de la violence en milieu de travail.
- De l'information et de la formation sont fournies aux membres de l'équipe sur la prévention de la violence au travail.



DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., & MacLean, S. L. (2010). Violence against nurses working in US emergency departments. *J.Healthc.Prot.Manage.*, 26, 81-99.
- Gates, D., Fitzwater, E., & Succop, P. (2005). Reducing assaults against nursing home caregivers. *Nurs.Res.*, 54, 119-127.
- Kling, R. N., Yassi, A., Smailes, E., Lovato, C. Y., & Koehoorn, M. (2009). Characterizing violence in health care in British Columbia. *J.Adv.Nurs.*, 65, 1655-1663.
- Nursing Health Services Research Unit (2008). A review and evaluation of workplace violence prevention programs in the health sector. Nursing Health Services Research Unit, consulté le 6 avril 2020. www.nhsru.com/wp-content/uploads/2010/11/NHSRU-U-of-T-Site-EVPP-Study-Final-Report-July-081.pdf
- Organisation internationale du Travail, Conseil international des infirmières, Organisation mondiale de la Santé, & Internationale des Services publics (2002). Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé. World Health Organization, consulté le 6 avril 2020. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/workplace_violence.fr.pdf
- Peek-Asa, C., Casteel, C., Allareddy, V., Nocera, M., Goldmacher, S., Ohagan, E. et al. (2009). Workplace violence prevention programs in psychiatric units and facilities. *Arch.Psychiatr.Nurs.*, 23, 166-176.
- Public Services Health and Safety Association (2009). Assessing Violence in the Community: A Handbook for the Workplace, consulté le 6 avril 2020. <https://www.pshsa.ca/resources/assessing-violence-in-the-community-a-handbook-for-the-workplace>
- Public Services Health and Safety Association (2010). Addressing Domestic Violence in the Workplace, consulté le 6 avril 2020. <https://www.pshsa.ca/resources/addressing-domestic-violence-in-the-workplace>
- Public Services Health and Safety Association (2010). Bullying in the Workplace: A Handbook for the Workplace, consulté le 6 avril 2020. <https://www.pshsa.ca/resources/workplace-bullying>
- Registered Nurses Association of Ontario (2009). Preventing and Managing Violence in the Workplace. Registered Nurses Association of Ontario, consulté le 6 avril 2020. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/preventing-violence-harassment-and-bullying-against-health-workers>
- Worksafe BC (2000). Preventing violence in health care: Five steps to an effective program. Worksafe BC, consulté le 6 avril 2020. <https://www.worksafebc.com/en/resources/health-safety/books-guides/preventing-violence-in-health-care-five-steps-to-an-effective-program?lang=en>



PROGRAMME D'ENTRETIEN PRÉVENTIF

Pour l'ensemble de normes suivant : Leadership

Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en œuvre.

CONSEILS

L'adoption d'un programme efficace d'entretien préventif permet de s'assurer que les instruments médicaux, l'équipement et la technologie sont sûrs et en état de fonctionner. Le programme permet également de repérer l'éventuelle défaillance d'un appareil ou instrument médical, de l'équipement ou de la technologie qui pourrait mener à des blessures chez les membres de l'équipe ou les usagers, et d'y remédier.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Il existe un programme d'entretien préventif pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie.
- Il y a des rapports d'entretien préventif pertinents.
- Un processus est en place pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.
- 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). Effectively utilizing device maintenance data to optimize a medical device maintenance program. *Biomed.Instrum.Technol.* 35(6):383-90.
- Ridgway, M. (2001). Classifying medical devices according to their maintenance sensitivity: a practical, risk-based approach to PM program management. *Biomed.Instrum.Technol.*, 35, 167-176.
- Taghipour, S., Banjevic, D., & Jardine, A. (2010). Prioritization of medical equipment for maintenance decisions. *J.Operational.Res.Soc.*, 1-22.



SÉCURITÉ DES USAGERS : FORMATION ET PERFECTIONNEMENT

Pour l'ensemble de normes suivant : Leadership

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.

CONSEILS

La formation annuelle sur la sécurité des usagers est offerte au personnel d'encadrement de l'organisme, aux membres de l'équipe et aux bénévoles. Les secteurs spécifiques en matière de sécurité des usagers sont déterminés, tels que l'utilisation sécuritaire des médicaments, la déclaration des incidents liés à la sécurité des usagers, une formation sur les facteurs humains, 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 des infections.

TEST DE CONFORMITÉ

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

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Haxby, E., Higton, P., & Jaggar, S. (2007). Patient safety training and education: who, what and how? *Clin.Risk* 13, 211-215.
- L'Institut canadien pour la sécurité des patients. (2008). Les compétences en matière de sécurité, consulté le 6 avril 2020. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/safetycompetencies/pages/default.aspx>
- McKeon, L. M., Cunningham, P. D., & Oswaks, J. S. (2009). Improving patient safety: patient-focused, high-reliability team training. *J.Nurs.Care Qual.*, 24, 76-82.
- World Health Organization (2012). WHO Patient Safety Curriculum Guide. World Health Organization [en ligne], , consulté le 6 avril 2020. https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/
- Yassi, A. & Hancock, T. (2005). Patient safety--worker safety: building a culture of safety to improve healthcare worker and patient well-being. *Healthc.Q.*, 8 Spec No, 32-38.



CONFORMITÉ AUX PRATIQUES D'HYGIÈNE DES MAINS

Cette POR se trouve dans la plupart des chapitres des manuels d'évaluation. Voir les tableaux aux pages 86 et 87.

La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

CONSEILS

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important de 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 permet à l'organisme 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'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales.

L'observation directe (les vérifications) 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 organisme ou par les usagers et les familles au sein d'un organisme ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. La campagne *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* propose toute une gamme d'outils pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains dans divers milieux (consulté le 6 avril 2020, www.handhygiene.ca/French/Pages/default.aspx). 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 intervention aseptique;
3. après un risque d'exposition à des liquides organiques;
4. après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les organismes qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d. que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les organismes 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.



TESTS DE CONFORMITÉ

- La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :
 - faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
 - mesurer l'utilisation d'un produit;
 - inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
 - évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).
- Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
- 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., & Walsh, A. (2007). The infection control audit: the standardized audit as a tool for change. *Am.J.Infect.Control*, 35, 271-283.
- Défi national de l'hygiène des mains (2012). Trousse d'outils sur l'hygiène des mains. Défi national de l'hygiène des mains, consulté le 6 avril 2020. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/pages/hand-hygiene-toolkit.aspx>
- Eveillard, M., Hitoto, H., Raymond, F., Kouatchet, A., Dube, L., Guilloteau, V. et al. (2009). Measurement and interpretation of hand hygiene compliance rates: importance of monitoring entire care episodes. *J.Hosp.Infect.*, 72, 211-217.
- Gould, D. J., Moralejo, D., Drey, N., & Chudleigh, J. H. (2010). Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, CD005186.
- Howard, D. P., Williams, C., Sen, S., Shah, A., Daurka, J., Bird, R. et al. (2009). A simple effective clean practice protocol significantly improves hand decontamination and infection control measures in the acute surgical setting. *Infection*, 37, 34-38.
- Lederer, J. W., Jr., Best, D., & Hendrix, V. (2009). A comprehensive hand hygiene approach to reducing MRSA health care-associated infections. *Jt.Comm J.Qual.Patient Saf*, 35, 180-185.
- The Joint Commission (2009). Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges, consulté le 6 avril 2020. www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf



FORMATION ET PERFECTIONNEMENT SUR L'HYGIÈNE DES MAINS

Cette POR se trouve dans la plupart des chapitres des manuels d'évaluation. Voir les tableaux aux pages 86 et 87.

À noter que dans tous les chapitres du manuel SAPA, la POR s'applique également aux proches aidants. Dans tous les chapitres du manuel d'évaluation SAPA, le test de conformité est donc formulé ainsi « Les membres de l'équipe, les proches aidants et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains. »

La formation sur l'hygiène des mains est offerte aux membres de l'équipe 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 l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des micro-organismes, les facteurs qui ont une influence sur les habitudes d'hygiène des mains 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 intervention aseptique;
- 3) après un risque d'exposition à des liquides organiques;
- 4) après un contact avec un usager ou son environnement.

TEST DE CONFORMITÉ

- Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Défi national de l'hygiène des mains (2012). Liens vers les ressources mondiales sur l'hygiène des mains. Défi national de l'hygiène des mains, consulté le 6 avril 2020. www.handhygiene.ca/french/resources/pages/resources-links.aspx
- Infection Prevention and Control Canada (2012). Information about Hand Hygiene. Community and Hospital Infection Control Association – Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ipac-canada.org/links_handhygiene.php
- Institute for Healthcare Improvement (2006). How to Guide: Improving Hand Hygiene. Institute for Healthcare Improvement, consulté le 6 avril 2020. www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuideImprovingHandHygiene.aspx
- Luangsanatip, N., Hongsuwan, M., Limmathurostakul, D. et al. (2015) Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospital: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 351:h3728, consulté le 6 avril 2020. www.bmj.com/content/351/bmj.h3728.
- Pittet, D., Sax, H., Hugonnet, S., & Harbarth, S. (2004). Cost implications of successful hand hygiene promotion. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, 25, 264-266.
- Stone, P. W., Hasan, S., Quiros, D., & Larson, E. L. (2007). Effect of guideline implementation on costs of hand hygiene. *Nurs. Econ.*, 25, 279-284.
- World Health Organization (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. World Health Organization, consulté le 6 avril 2020. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf
- World Health Organization (2012). Hand Hygiene in Outpatient and Home-based Care and Long-term Care Facilities. A Guide to the Application of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy and the "My Five Moments for Hand Hygiene" Approach, consulté le 6 avril 2020. www.who.int/gpsc/5may/hh_guide.pdf



RETRAITEMENT

Pour l'ensemble de normes suivant : Prévention et contrôle des infections

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.

CONSEILS

Les processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation forment ce qu'on appelle le processus de retraitement. Les organismes procèdent au retraitement de l'équipement, des appareils et des instruments en se servant de la classification de Spaulding et en suivant les directives des fabricants. La surveillance du processus de retraitement aide à cerner les aspects à améliorer et à réduire le nombre d'infections nosocomiales. L'efficacité du nettoyage et de la désinfection peut être évaluée en surveillant la qualité de l'eau et le fonctionnement de l'appareil de lavage, en vérifiant si les concentrations appropriées de désinfectants sont disponibles et si les désinfectants sont utilisés en conformité avec les directives des fabricants. L'efficacité de la stérilisation peut être évaluée en mesurant la quantité de résidus organiques, d'ATP (adénosine triphosphate) et le compte total de bactéries viables, ainsi qu'en utilisant des bandelettes réactives pour confirmer que l'équipement, les appareils et les instruments ont été stérilisés. Si l'organisme ne retraite pas l'équipement, il dispose d'une procédure pour s'assurer que l'équipement a été retraité adéquatement avant d'être utilisé.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Des preuves démontrent que les mécanismes et les processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation sont efficaces.
- Des mesures ont été prises pour examiner et améliorer les processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation dans les cas où cela était indiqué.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- BC Ministry of Health (2007). Best Practice Guidelines for the Cleaning, Disinfection and Sterilization of Medical Devices in Health Authorities. BC Ministry of Health, consulté le 6 avril 2020. www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/BPGuidelines_Cleaning_Disinfection_Sterilization_MedicalDevices.pdf
- Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario) (2013). Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. Best practices for cleaning, disinfection and sterilization of medical equipment/devices. 3rd ed, consulté le 6 avril 2020. www.publichealthontario.ca/en/eRepository/PIDAC_Cleaning_Disinfection_and_Sterilization_2013.pdf
- Rutala, W. A. & Weber, D. J. (2011). Sterilization, high-level disinfection, and environmental cleaning. *Infect.Dis.Clin North Am.*, 25, 45-76.
- Rutala, W., Weber, D. J., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2008). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities. Centre for Disease Control, consulté le 6 avril 2020. www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf



TAUX D'INFECTION

Pour l'ensemble de normes suivant : Prévention et contrôle des infections

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.

NOTA : Cette POR ne s'applique qu'aux emplacements qui disposent de lits et offrent des soins infirmiers.

CONSEILS

Les infections nosocomiales les plus courantes dans les services de l'organisme et au sein de ses populations d'utilisateurs sont déterminées et surveillées. Il peut s'agir d'infections à *Clostridium difficile* (*C. difficile*), d'infections du champ opératoire, de l'influenza saisonnière, d'infections à norovirus ou d'infections des voies urinaires, ainsi que d'autres maladies et de micro-organismes résistants aux antibiotiques 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'organisme ou de l'autorité sanitaire, du CISSS ou du CIUSSS. Elles peuvent englober 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 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, le conseil d'administration doit aussi être tenu 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.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Les infections nosocomiales font l'objet d'un suivi.
- Les éclosions sont analysées et des recommandations sont émises afin d'éviter qu'elles surviennent de nouveau.
- L'information sur les infections nosocomiales pertinentes et les recommandations découlant de l'analyse des éclosions sont communiquées aux membres de l'équipe, à la haute direction et au conseil d'administration.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Agence de la santé publique du Canada (2012). Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales. Agence de la santé publique du Canada, consulté le 6 avril 2020. www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/projects/index-fra.php
- Humphreys, H. & Cunney, R. (2008). Performance indicators and the public reporting of healthcare-associated infection rates. *Clin.Microbiol.Infect.*, 14, 892-894.
- Infection Prevention and Control Canada (2012). Surveillance and Statistics. Community and Hospital Infection Control Association – Canada, consulté le 6 avril 2020. www.ipac-canada.org/links_surveillance.php
- Jarvis, W. R. (2003). Benchmarking for prevention: the Centers for Disease Control and Prevention's National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) system experience. *Infection*, 31 Suppl 2, 44-48.
- O'Neill, E. & Humphreys, H. (2009). Use of surveillance data for prevention of healthcare-associated infection: risk adjustment and reporting dilemmas. *Curr.Opin.Infect.Dis.*, 22, 359-363.



ÉVALUATION DES RISQUES EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ À DOMICILE

Pour les chapitres suivants :

- *Manuel d'évaluation Santé mentale et Dépendances*
 - o *Chapitre 2 : Services de santé mentale (usagers inscrits)*
 - o *Chapitre 5 : Services de dépendances (usagers inscrits)*
- *Manuel d'évaluation Santé physique*
 - o *Chapitre 15 : Services d'activités spécialisées à domicile*
- *Manuel d'évaluation Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*
 - o *Chapitre 2 : Services de déficience physique (usagers inscrits)*
 - o *Chapitre 4 : Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)*
- *Manuel d'évaluation Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)*
 - o *Chapitre 5 : Soutien à domicile (usagers inscrits)*

Une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des services à domicile.

CONSEILS

Les services de santé offerts au domicile d'un usager présentent des défis pour les usagers, les familles et les membres de l'équipe. Ces défis comprennent les caractéristiques distinctes du domicile de chaque usager, la présence intermittente des membres de l'équipe et le rôle assumé par les familles ou les soignants naturels dans la prestation de services de santé.

Bien que les organismes de soins et services à domicile puissent avoir peu de contrôle direct sur les risques présents dans le domicile de l'usager, une évaluation des risques à domicile peut améliorer la sécurité des usagers, des familles et des membres de l'équipe qui participent à la prestation de services. Les résultats de l'évaluation peuvent servir à définir les priorités parmi les secteurs de services, à établir des stratégies sécuritaires à intégrer aux plans de services et à communiquer avec les usagers, les familles et les organismes avec lesquels des partenariats existent.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début des services.
- L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque de l'usager et des mesures d'urgence.
- L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée pour planifier et offrir les services aux usagers et elle est communiquée aux partenaires qui participent à la planification des soins.
- L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les services de santé de l'usager.
- Les usagers et les familles reçoivent de l'information au sujet des problèmes de sécurité à domicile cernés dans l'évaluation.



DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Doran, D. M., Hirdes, J., Blais, R., Ross, B. G., Pickard, J., & Jantzi, M. (2009). The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAI-HC reporting system. *J.Nurs.Manag.*, 17, 165-174.
- Lang, A., Edwards, N., & Fleiszer, A. (2008). Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *Int.J.Qual.Health Care*, 20, 130-135.
- Public Services Health and Safety Association (2009). Assessing Violence in the Community: A Handbook for the Workplace, consulté le 6 avril 2020. <https://www.pshsa.ca/resources/assessing-violence-in-the-community-a-handbook-for-the-workplace>
- Public Services Health and Safety Association (2010). Tips for Guarding Your Personal Safety on Home Visits, consulté le 6 avril 2020. <https://www.pshsa.ca/resources/tips-for-guarding-personal-safety-on-home-visits>



PRÉVENTION DES CHUTES ET RÉDUCTION DES BLESSURES

Milieu hospitalier

Pour les chapitres suivants :

- *Manuel d'évaluation Jeunesse*
 - *Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique*
 - *Chapitre 3 : Services de sage-femme et maisons de naissance*
 - *Chapitre 7 : Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie*
- *Manuel d'évaluation Santé mentale et Dépendances*
 - *Chapitre 3 : Services d'urgences psychiatriques*
 - *Chapitre 4 : Services de santé mentale (usagers admis)*
 - *Chapitre 6 : Services de dépendances (usagers admis)*
- *Manuel d'évaluation Santé physique*
 - *Chapitre 3 : Unités d'hospitalisation*
 - *Chapitre 4 : Services de soins critiques*
 - *Chapitre 5 : Services de néonatalogie*
 - *Chapitre 6 : Services de pédiatrie*
 - *Chapitre 7 : Services d'oncologie*
 - *Chapitre 8 : Services de soins palliatifs et de fin de vie*
 - *Chapitre 9 : Services interventionnels et périchirurgicaux*
 - *Chapitre 14 : Services de transplantation*
- *Manuel d'évaluation Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*
 - *Chapitre 3 : Services de déficience physique (usagers admis)*
- *Manuel d'évaluation Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)*
 - *Chapitre 3 : Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)*
 - *Chapitre 6 : Soins palliatifs et de fin de vie*

Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en œuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.



CONSEILS

Les usagers admis à l'hôpital présentent un risque accru de faire une chute et de se blesser, puisqu'ils se retrouvent dans un milieu qui ne leur est pas familier en plus de devoir s'adapter à un changement au niveau de leur fonctionnement physique ou cognitif (Stephenson et coll., 2016). La réduction des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les usagers et réduire la durée de l'hospitalisation et les coûts.

Pour être efficaces, la prévention des chutes et la réduction des blessures exigent une approche interdisciplinaire et le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre en œuvre une approche coordonnée de prévention des chutes et de réduction des blessures dans l'organisme, tout en reconnaissant les besoins uniques dans les différents services. Il est aussi utile de désigner des personnes pour faciliter la mise en œuvre de cette approche.

Les organismes devraient déterminer et adopter des précautions pour tous les usagers, peu importe les risques de chutes. L'acronyme SAFE (sécurité des lieux, assistance à la mobilité, facteurs de risque réduits et enseignement à l'utilisateur et à sa famille) décrit les stratégies clés des précautions universelles de prévention des chutes. La directive de l'Institute for Clinical Systems Improvement (2012) recommande pour sa part les interventions universelles suivantes: familiariser l'utilisateur avec le milieu; placer les boutons d'appel à un endroit atteignable en tout temps et observer la façon dont les usagers les utilisent; garder les biens personnels à portée des usagers; installer des rampes solides dans les salles de bain, les chambres et les couloirs; garder les lits à faible hauteur et bloquer les freins; fournir aux usagers des chaussures antidérapantes bien ajustées; utiliser des veilleuses ou un éclairage d'appoint; garder le sol propre et sec; nettoyer rapidement tous les liquides renversés; garder en ordre les aires où les soins sont dispensés. Il est important d'établir des précautions qui correspondent au milieu clinique et aux besoins des usagers de ce milieu.

De la formation sur l'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures, sur les précautions universelles et sur les stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures est régulièrement offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles. De l'information facile à comprendre est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour leur donner les moyens d'assumer un rôle actif dans la prévention des chutes et la réduction des blessures.

Il est important d'évaluer régulièrement si les activités de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes ont ou non les répercussions escomptées et si elles répondent aux besoins des usagers, familles et membres de l'équipe. Divers moyens permettent d'évaluer l'efficacité, qu'il s'agisse de discussions spontanées, d'entrevues, de sondages ou de vérifications. Des initiatives d'évaluation de l'amélioration de la qualité et des réunions de bilan après les chutes peuvent aussi contribuer à cerner les lacunes en matière de sécurité, à éviter que les chutes se produisent à nouveau ou à réduire les blessures causées par les chutes.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les blessures causées par les chutes.
- Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.
- L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.



RESSOURCES

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2017). Empêcher les chutes et réduire les blessures associées (4e éd.). Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Toronto (ON), consulté le 6 avril 2020. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Empecher_les_chutes_-_Final_December_2017.pdf
- Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes : Trousse En avant! (Safer Healthcare Now!, Reducing Falls and Injuries from Falls: Getting Started Toolkit), consulté le 6 avril 2020. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Pages/Falls-resources-Getting-Started-Kit.aspx>

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Beard, J., Rowell, D., Scott, D., van Beurden, E., Barnett, L., Hughes, K. et Newman, B. (2006). Analyse économique d'un programme communautaire de prévention des chutes (Economic analysis of a community-based falls prevention program). Public Health (revue sur la santé publique), vol. 120, p. 742-751.
- Cusimano, M. D., Kwok, J. et Spadafora, K. (2008). Efficacité de programmes de prévention des chutes à volets multiples pour les personnes âgées en contexte de soins en résidence (Effectiveness of multifaceted fall-prevention programs for the elderly in residential care). Injury Prevention (revue sur la prévention des blessures), vol. 14, 113-122.
- Réseau coopératif local d'intégration des services de santé (Local Health Integration Network Collaborative) (2011). Projet provincial d'intégration des initiatives de prévention des chutes, cadre stratégique et boîte à outils. Réseau coopératif local d'intégration des services de santé (Local Health Integration Network Collaborative), consulté le 6 avril 2020. https://cdn.ymaws.com/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9/LHIN_report_Cadrestrat%c3%a9giqueetbo%c3%aete%c3%a0outils_07-07-2011.pdf
- Centre national de prévention et de contrôle des blessures (National Center for Injury Prevention and Control) (2015). Prévention des chutes : guide pour la mise en œuvre de programmes communautaires efficaces de prévention des chutes (Preventing Falls: A Guide to Implementing Effective Community-based Fall Prevention Programs). 2e éd. Centres de contrôle et de prévention de la maladie (Centers for Disease Control and Prevention). Atlanta, GA, consulté le 6 avril 2020. <http://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/falls/programs.html>
- Oliver, D., Killick, S., Even, T., et Willmott, M. (2008). Les chutes et les blessures causées par les chutes indiquent-elles des soins négligents -- quelle est l'ampleur du risque? (Do falls and falls-injuries in hospital indicate negligent care -- and how big is the risk?) Analyse rétrospective de la base de données du NHS Litigation Authority (comité du contentieux du NHS) des allégations de négligence clinique découlant de chutes dans des hôpitaux en Angleterre de 1995 à 2006. (A retrospective analysis of the NHS Litigation Authority Database of clinical negligence claims, resulting from falls in hospitals in England 1995 to 2006). Quality and Safety in Health Care (revue sur la qualité et la sécurité dans le domaine des soins de santé), vol. 17, p. 431-436.
- Organisation mondiale de la Santé (2007). Rapport mondial de l'OMS sur la prévention des chutes chez les personnes âgées (WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age), consulté le 6 avril 2020. <https://www.who.int/publications-detail/who-global-report-on-falls-prevention-in-older-age?ua=1>



PRÉVENTION DES CHUTES ET RÉDUCTION DES BLESSURES

Soins de longue durée

Pour les chapitres suivants :

- *Manuel d'évaluation Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*
 - *Chapitre 5 : Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)*
- *Manuel d'évaluation Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)*
 - *Chapitre 2 : Soins et services de longue durée (usagers admis)*

CONSEILS

La réduction des chutes et des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les résidents et réduire les coûts.

Pour être efficaces, la prévention des chutes et la réduction des blessures exigent une approche interdisciplinaire et le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre en œuvre une approche coordonnée de prévention des chutes et de réduction des blessures dans l'organisme, tout en reconnaissant les besoins uniques des différents milieux ou établissements. Il est aussi utile de désigner des personnes pour faciliter la mise en place de cette approche.

Une vaste gamme d'outils d'évaluation des risques est disponible pour déterminer les profils de risque précis des résidents de façon à créer des plans de prévention des chutes personnalisés et ciblés. Voici des exemples d'outils d'évaluation des risques convenant aux soins de longue durée :

- Aire d'oscillations posturales
- Échelle d'équilibre de Berg
- « Mobility fall chart »

Les fractures de la hanche sont des blessures graves couramment causées par les chutes chez les personnes âgées (Fuller, 2000). Les recommandations pour prévenir les fractures dans les soins de longue durée peuvent inclure les suppléments de vitamine D, l'utilisation de protecteurs de la hanche, l'exercice, les interventions multifactorielles et les traitements pharmacologiques (Papaioannou et coll., 2015).

Il est important de repérer et d'adopter des outils d'évaluation et des interventions qui correspondent au type de milieu clinique et aux besoins individuels des résidents, y compris leur droit d'encourir certains risques.

De la formation sur l'évaluation des risques, sur les protocoles et sur les procédures pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes est régulièrement offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles. De l'information facile à comprendre est fournie aux résidents, aux familles et aux prestataires de soins pour leur donner les moyens d'assumer un rôle actif dans la prévention des chutes et la réduction des blessures.

Il est important d'évaluer régulièrement si les activités de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes ont ou non les répercussions escomptées et si elles répondent aux besoins des résidents, familles et membres de l'équipe. Divers moyens permettent d'évaluer l'efficacité, qu'il s'agisse de discussions spontanées, d'entrevues, de sondages ou de vérifications. Des initiatives d'évaluation de l'amélioration de la qualité et des réunions de bilan après les chutes peuvent aussi contribuer à cerner les lacunes en matière de sécurité, à éviter que les chutes se produisent à nouveau ou à réduire les blessures causées par les chutes.



TESTS DE CONFORMITÉ

- Une évaluation initiale en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures est effectuée pour les résidents à l'admission au moyen d'un outil normalisé.
- Un processus normalisé est suivi pour réévaluer les résidents à intervalles réguliers et quand il y a un important changement dans leur état de santé.
- Des protocoles et procédures (fondés sur les conseils en matière de meilleures pratiques quand ils sont disponibles et applicables au milieu) sont mis en œuvre pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en résultent.
- L'information sur les interventions pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes est consignée dans le dossier du résident et communiquée à l'équipe.
- Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux résidents, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.
- L'efficacité des activités de prévention des chutes et de réduction des blessures (p. ex., processus et outils d'évaluation des risques, protocoles et procédures, documentation, formation et information) est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.

RESSOURCES

- Service de recherche et de prévention des traumatismes en C.-B. (2011). Chutes et blessures associées en contexte de soins en résidence : cadre et trousse pour la prévention (Falls and Related Injuries in Residential Care: A Framework and Toolkit for Prevention). Service de recherche et de prévention des traumatismes en C.-B., consulté le 6 avril 2020. www.injuryresearch.bc.ca/docs/3_20110811_100931Residential%20Care%20Framework_Aug%2010_2011.pdf.
- Réseau coopératif local d'intégration des services de santé (Local Health Integration Network Collaborative) (2011). Projet provincial d'intégration des initiatives de prévention des chutes. Cadre stratégique et boîte à outils, consulté le 6 avril 2020. https://cdn.ymaws.com/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9/LHIN_report_Cadrestrat%20a9gigueetbo%20aete%20a0outils_07-07-2011.pdf
- Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes : Trousse En avant! (Safer Healthcare Now!, Reducing Falls and Injuries from Falls: Getting Started Toolkit), consulté le 6 avril 2020. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Pages/Falls-resources-Getting-Started-Kit.aspx>

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Beard, J., Rowell, D., Scott, D., van Beurden, E., Barnett, L., Hughes, K. et Newman, B. (2006). Analyse économique d'un programme communautaire de prévention des chutes (Economic analysis of a community-based falls prevention program). Public Health (revue sur la santé publique), vol. 120, p. 742-751.
- Cusimano, M. D., Kwok, J. et Spadafora, K. (2008). Efficacité de programmes de prévention des chutes à volets multiples pour les personnes âgées en contexte de soins en résidence (Effectiveness of multifaceted fall-prevention programs for the elderly in residential care). Injury Prevention (revue sur la prévention des blessures), vol. 14, p. 113-122.
- Oliver, D., Killick, S., Even, T., et Willmott, M. (2008). Les chutes et les blessures causées par les chutes indiquent-elles des soins négligents -- quelle est l'ampleur du risque? (Do falls and falls-injuries in hospital indicate negligent care -- and how big is the risk?) Analyse rétrospective de la base de données du NHS Litigation Authority (comité du contentieux du NHS) des allégations de négligence clinique découlant de chutes dans des hôpitaux en Angleterre de 1995 à 2006. (A retrospective analysis of the NHS Litigation Authority Database of clinical negligence claims, resulting from falls in hospitals in England 1995 to 2006). Quality and Safety in Health Care (revue sur la qualité et la sécurité dans le domaine des soins de santé), vol. 17, p. 431-436.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2017). Empêcher les chutes et réduire les blessures associées (4e éd.). Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Toronto (ON), consulté le 6 avril 2020. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Empecher_les_chutes_-_Final_December_2017.pdf
- Organisation mondiale de la Santé (2007). Rapport mondial de l'OMS sur la prévention des chutes chez les personnes âgées (WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age), consulté le 6 avril 2020. <https://www.who.int/publications-detail/who-global-report-on-falls-prevention-in-older-age?ua=1>



PRÉVENTION DES PLAIES DE PRESSION

Pour les chapitres suivants :

- Manuel d'évaluation Santé physique
 - o Chapitre 3 : Unités d'hospitalisation
 - o Chapitre 4 : Services de soins critiques
 - o Chapitre 5 : Services de néonatalogie
 - o Chapitre 6 : Services de pédiatrie
 - o Chapitre 8 : Services de soins palliatifs et de fin de vie
- Manuel d'évaluation Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
 - o Chapitre 3 : Services de déficience physique (usagers admis)
- Manuel d'évaluation Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).
 - o Chapitre 2 : Soins et services de longue durée (usagers admis)
 - o Chapitre 3 : Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)

Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en œuvre.

NOTA : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.

De plus, dans le *Chapitre 2 – Soins et services de longue durée* du manuel d'évaluation SAPA, le terme « usager » est remplacé par « résident ».

CONSEILS

Les plaies de pression ont d'importantes répercussions sur la qualité de vie des usagers, puisqu'elles causent de la douleur, ralentissent la guérison et augmentent le risque d'infection. Un lien a aussi été établi entre les plaies de pression et une augmentation de la durée des séjours, des coûts et de la mortalité. Les stratégies efficaces de prévention des plaies de pression peuvent réduire l'incidence des plaies de pression et sont une indication d'une qualité supérieure de soins et de services.

Les stratégies de prévention des plaies de pression exigent une approche interdisciplinaire, de même que le soutien de tous les paliers de l'organisme. Il est utile de mettre au point un plan pour appuyer une formation complète sur la prévention des plaies de pression et de nommer des personnes pour faciliter la mise en œuvre d'une approche normalisée pour l'évaluation des risques, l'application des lignes directrices relatives aux meilleures pratiques et la coordination des équipes de soins de santé.

Une prévention des plaies de pression efficace commence par le recours à une échelle d'évaluation des risques validée, telle que :

- l'échelle de Braden (Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk);
- l'échelle de Norton (Norton Pressure Sore Risk Assessment Scale);
- l'interRAI Pressure Ulcer Risk Scale (soins de longue durée);
- l'échelle de Waterlow (Waterlow Score);
- l'échelle de Gosnell (Gosnell Scale);
- l'échelle de Knoll (Knoll Scale);
- l'échelle de SCIPUS (Spinal Cord Injury Pressure Ulcer Scale).



Un certain nombre de lignes directrices en matière de meilleures pratiques pouvant contribuer à l'élaboration de stratégies de prévention et de traitement des plaies de pression sont aussi disponibles, dont des évaluations des risques, des réévaluations, des interventions, de la formation et de l'évaluation. Au Canada, L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a mis au point des lignes directrices complètes. Une collaboration entre l'European Pressure Ulcer Advisory Panel et l'American National Pressure Ulcer Advisory Panel a permis l'élaboration de lignes directrices internationales.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'utilisateur au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.
- Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'utilisateur.
- Des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, sont mis en œuvre pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.
- Les membres de l'équipe, les usagers et les familles et les aidants reçoivent de la formation sur les facteurs de risque ainsi que sur les protocoles et procédures pour prévenir les plaies de pression.
- L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media. Perth, AU, consulté le 6 avril 2020. www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/.
- Institute for Healthcare Improvement (2012). Prevent Pressure Ulcers. Institute for Healthcare Improvement, consulté le 6 avril 2020. www.ihl.org/explore/pressureulcers/pages/default.aspx
- Perry, D., Borchert, K., Burke, S., et al. (2012) Pressure Ulcer Prevention and Treatment Protocol. Institute for Clinical Systems Improvement. Bloomington, MN, consulté le 6 avril 2020. <http://lnx.mednemo.it/wp-content/uploads/2010/11/febb7157.pdf>
- Registered Nurses Association of Ontario (2011). Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers. Registered Nurses Association of Ontario, consulté le 6 avril 2020. www.rnao.ca/bpg/guidelines/risk-assessment-and-prevention-pressure-ulcers
- Woodbury, M. G. & Houghton, P. E. (2004). Prevalence of pressure ulcers in Canadian healthcare settings. *Ostomy.Wound.Manage.* 50, 22-28.



PRÉVENTION DU SUICIDE

Cette POR se trouve dans la plupart des chapitres des manuels d'évaluation. Voir les tableaux aux pages 86 et 87.

À noter que dans le Chapitre 2 – Soins et services de longue durée (usagers admis) du manuel d'évaluation SAPA, le terme « usager » est remplacé par « résident ».

Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.

CONSEILS

Chaque année, près de 3 700 personnes se suicident au Canada. Beaucoup de ces décès pourraient être prévenus par une détection précoce des signes de pensées suicidaires et une intervention appropriée.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Les usagers à risque de suicide sont cernés.
- Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.
- Les besoins de sécurité immédiats de l'usager chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.
- Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.
- La mise en œuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Lynch, M. A., Howard, P. B., El-Mallakh, P., & Matthews, J. M. (2008). Assessment and management of hospitalized suicidal patients. *J.Psychosoc.Nurs.Ment.Health Serv.*, 46, 45-52.
- Ontario Hospital Association (2012). Suicide Risk Assessment Guide. Ontario Hospital Association, consulté le 6 avril 2020. <https://www.oha.com/Legislative%20and%20Legal%20Issues%20Documents1/English%20Version%20-%20Suicide%20Risk%20Assessment%20Guide.pdf>
- Registered Nurses Association of Ontario (2009). Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour. Registered Nurses' Association of Ontario. Toronto, Canada, consulté le 6 avril 2020. <http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour>
- Santé Canada (2009). Prévention du suicide. Santé Canada, consulté le 6 avril 2020.. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-suicide.html>
- Steele, M. M. & Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. *Can.J.Psychiatry*, 52, 35S-45S.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). Promoting Emotional Health and Preventing Suicide: A Toolkit for Senior Living Communities. Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville, MD, consulté le 6 avril 2020. store.samhsa.gov/product/SMA10-4515.
- Suicide Prevention Resource Center. (2015). The Role of Senior Living Community Professionals in Preventing Suicide. Suicide Prevention Resource Center. Washinton, DC, consulté le 6 avril 2020. <http://www.sprc.org/resources-programs/role-senior-living-community-professionals-preventing-suicide>
- World Health Organization (2012). Preventing Suicide: A Resource Series. World Health Organization, consulté le 6 avril 2020. www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/index.html



PROPHYLAXIE DE LA THROMBO-EMBOLIE VEINEUSE

Pour les chapitres suivants :

- Manuel d'évaluation Santé physique
 - o Chapitre 3 : Unités d'hospitalisation
 - o Chapitre 4 : Services de soins critiques
 - o Chapitre 9 : Services interventionnels et périchirurgicaux
 - o Chapitre 12 : Services de dons d'organes (donneurs vivants)
- Manuel d'évaluation Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
 - o Chapitre 3 : Services de déficience physique (usagers admis)
- Manuel d'évaluation Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
 - o Chapitre 3 : Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)

Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.

NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.

CONSEILS

Thrombo-embolie veineuse (TEV) est le terme composé désignant la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP).

La TEV est une complication grave et courante chez les usagers hospitalisés ou subissant une chirurgie. L'incidence des TEV peut être réduite ou évitée en ciblant les usagers qui risquent d'avoir une TEV et en effectuant les interventions appropriées, éclairées par des données probantes. Les American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines s'avèrent une ressource utile pour la prévention des TEV.

L'impact considérable de la thrombo-embolie veineuse aux plans humain et financier est bien documenté. La TEV est associée à une augmentation des décès chez les usagers; elle constitue la cause évitable de mortalité à l'hôpital la plus courante. Le recours à une thromboprophylaxie appropriée qui est éclairée par des données probantes réduit les coûts et la durée moyenne de séjour.

De nombreux guides de pratique clinique fondés sur des données probantes recommandent la thromboprophylaxie pour des groupes importants d'usagers (p. ex., la 9^e édition du American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines) ou pour des sous-groupes (p. ex., la American Society of Clinical Oncology et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada). Ces guides s'avèrent des ressources très utiles et correspondent généralement à la norme de pratique acceptée.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.
- Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.
- Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en œuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.



- Les usagers en chirurgie orthopédique lourde (c.-à-d. arthroplastie de la hanche et du genou ou chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche) qui nécessitent une prophylaxie après le congé sont ciblés, et un mécanisme est en place pour leur offrir la prophylaxie appropriée après le congé.
- De l'information est fournie aux usagers et aux membres de l'équipe sur les risques et la façon de prévenir la TEV.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Bates, S.M., Greer, I.A., Middeldorp, S., et al. (2012) VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 141(Suppl):e691S-e736S.
- Falck-Ytter, Y., Francis, C.W., Johanson, N.A., et al. (2012) Prevention of VTE in orthopedic surgery patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 141(Suppl):e278S-e325S.
- Geerts, W. (2009). Prevention of venous thromboembolism: a key patient safety priority. *J.Thromb.Haemost.*, 7 Suppl 1, 1-8.
- Gould, M.K., Garcia, D.A., Wren, S.M., et al. (2012) Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 141(Suppl):e227S-e277S.
- Kahn, S.R., Lim, W., Dunn, A.S., et al. (2012) Prevention of VTE in nonsurgical patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 141(Suppl):e195S-e226S.
- Kahn, S.R., Chen, J.M., Emed, J., et al. (2013). Interventions for implementation of thromboprophylaxis in hospitalized medical and surgical patients at risk for venous thromboembolism. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 7:CD008201
- Lau, B.D., Haut, E.R. (2014) Practices to prevent venous thromboembolism: a brief review. *BMJ.Qual.Saf.* 23:187-195.
- Lyman, G.H., Khorana, A.A., Lee, A.Y., et al. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: American Society of Clinical Oncology Practice Guideline Update. *J.Clin.Oncol.* 2013;31:2189-2204.
- Maynard, G., Stein, J. (2008). Preventing Hospital-Acquired Venous Thromboembolism: A guide for effective quality improvement. Agency for Healthcare Research and Quality, consulté le 6 avril 2020. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/vtguide/index.html>
- Merli, G., Ferrufino, C. P., Lin, J., Hussein, M., & Battleman, D. (2010). Hospital-based costs associated with venous thromboembolism prophylaxis regimens. *J.Thromb.Thrombolysis.*, 29, 449-458.
- Qaseem, A., Chou, R., Humphrey, L.L., et al. (2011). Venous thromboembolism prophylaxis in hospitalized patients: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann.Intern.Med.* 155(9);625-32, consulté le 6 avril 2020. annals.org/article.aspx?articleid=1033137.
- Roberts, L.N., Porter, G., Barker, R.D., et al. (2013) Comprehensive VTE prevention program incorporating mandatory risk assessment reduces the incidence of hospital-associated thrombosis. *Chest*. 144:1276-1281.
- Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (2013). La Journée canadienne de vérification de la TEV permet de dresser un portrait de l'utilisation de la prophylaxie, consulté le 6 avril 2020. [https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Documents/Venous%20Thromboembolism%20\(VTE\)/French%20PDF/s/VTE%20GSK%20FR.pdf#search=maintenant%20prophylaxie](https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Documents/Venous%20Thromboembolism%20(VTE)/French%20PDF/s/VTE%20GSK%20FR.pdf#search=maintenant%20prophylaxie)
- Stein J, Maynard G. Preventing Hospital-Acquired Venous-Thromboembolism: A Guide for Effective Quality Improvement, Version 3.3. Society of Hospital Medicine website, consulté le 6 avril 2020. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/vtguide/index.html>
- Thirugnanam, S., Pinto, R., Cook, D.J., Geerts, W.H., Fowler, R.A. (2012) Economic analyses of venous thromboembolism prevention strategies in hospitalized patients: a systematic review. *Critical.Care.* 16:R43.
- Zeidan, A.M., Streiff, M.B., Lau, B.D., et al. (2013) Impact of venous thromboembolism prophylaxis "smart order set": improved compliance, fewer events. *Am.J.Hematol.* 88:545-549.



SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES

Pour les chapitres suivants :

- Manuel d'évaluation Santé physique
 - o Chapitre 15 : Services d'activités spécialisées à domicile
- Manuel d'évaluation Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
 - o Chapitre 2 : Services de déficience physique (usagers inscrits)
- Manuel d'évaluation Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
 - o Chapitre 4 : Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)
 - o Chapitre 5 : Soutien à domicile (usagers inscrits)
 - o Chapitre 6 : Soins palliatifs et de fin de vie

Une approche interprofessionnelle et collaborative est utilisée pour évaluer les besoins des usagers en matière de soins de la peau et des plaies et dispenser des soins éclairés par des données probantes qui favorisent la guérison et réduisent les cas de morbidité et de mortalité.

CONSEILS

La guérison des plaies est un processus complexe qui dépend de l'utilisateur (p. ex., comorbidités, âge, état nutritionnel, etc.), du type de peau et de plaies, de l'environnement de l'utilisateur (propreté, soutien social, aides à la mobilité, etc.) et du type de soins qui sont dispensés. Un grand nombre de plaies peuvent être évitées par des soins de peau appropriés et des mesures préventives.

Quand les usagers ont des plaies, la plupart peuvent être guéries au moyen d'une évaluation adéquate, d'un diagnostic précis, du traitement pertinent et de soins autoadministrés appropriés. Des soins appropriés peuvent réduire la souffrance des usagers (p. ex., douleur rebelle, infection, amputation, hospitalisation, détérioration de la qualité de vie) et sauver des vies. La demande de service de soins de la peau et des plaies est élevée (plus du tiers des usagers des soins et services à domicile ont des besoins en matière de soins des plaies) et les plaies coûtent au système de soins de santé canadien 3,9 milliards de dollars par année (ou environ 3 % des dépenses totales en soins de santé). Des programmes efficaces de soins de la peau et des plaies permettent d'obtenir de meilleurs résultats pour les usagers et de réduire les coûts.

La façon la plus efficace de dispenser des soins de la peau et des plaies consiste en une vaste collaboration interprofessionnelle reposant sur des protocoles normalisés éclairés par des données probantes. La contribution d'une grande variété d'experts est requise et la collaboration interprofessionnelle peut être obtenue de diverses façons (p. ex., équipes interdisciplinaires, visites, réseaux virtuels, télésanté). Il est important de déterminer quand et comment les prestataires de soins peuvent accéder aux experts afin d'assurer un diagnostic précis ainsi que des soins de la peau et des plaies ininterrompus. Pour appuyer la collaboration interprofessionnelle, l'équipe, les usagers, les familles et les aidants doivent recevoir une formation adaptée à leurs rôles de prestataires de soins.

Des soins de la peau et des plaies efficaces commencent par une évaluation complète qui permet d'établir un diagnostic précis de la plaie; il faut notamment évaluer la peau et la plaie et examiner les facteurs propres à l'utilisateur, son environnement et les soins qu'il a déjà reçus. Il existe des lignes directrices canadiennes sur les meilleures pratiques éclairées par des données probantes pour les soins de la peau et des plaies (p. ex., l'Association canadienne du soin des plaies et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario). En adoptant des lignes directrices, les organismes renforcent les soins de la peau et des plaies qu'ils dispensent grâce à une évaluation adéquate, à un diagnostic précis, à l'utilisation des produits et traitements pertinents, aux acheminements interdisciplinaires requis et à un suivi continu.



Étant donné la vaste gamme de produits offerts, l'organisme est en mesure d'offrir de meilleurs soins quand il a en main une liste normalisée des produits et des critères d'utilisation s'y rattachant. De plus, pour que les professionnels de la santé puissent communiquer efficacement, il faut une approche normalisée qui permet d'obtenir une documentation complète et précise grâce à la consignation de tous les aspects de la prestation des soins.

Il a été démontré que le fait de donner aux prestataires un accès en temps opportun à l'information concernant les plaies améliore énormément les résultats pour les usagers et le temps de guérison. Les organismes doivent donc avoir en place un processus pour partager toute l'information quand l'utilisateur passe d'un prestataire à un autre et d'un service à un autre. Des données découlant des indicateurs liés aux processus de soins et aux résultats pour les usagers peuvent aider à évaluer l'efficacité de l'approche adoptée pour les soins de la peau et des plaies. Les indicateurs possibles comprennent les données sur les soins à domicile (p. ex., la durée du séjour, les dimensions des plaies, le nombre de visites), ainsi que des outils comme le Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (RSAIS) et le système d'évaluation des services de santé communautaire interRAI (interRAI CHA).

TESTS DE CONFORMITÉ

- Une approche documentée et coordonnée de soins de la peau et des plaies est en place pour appuyer les médecins, le personnel infirmier et les prestataires de soins paramédicaux dans leur travail de collaboration. L'approche fournit un accès aux experts appropriés pour la population d'utilisateurs.
- Les membres de l'équipe ont accès à de la formation sur les soins de la peau et des plaies, notamment sur les produits et technologies, sur l'évaluation et le traitement et sur la documentation.
- Les usagers, les familles et les aidants reçoivent de l'information et de la formation sur les soins de la peau et des plaies autoadministrés, sous une forme qu'ils peuvent comprendre.
- Des méthodes éclairées par des données probantes sont utilisées pour évaluer les nouveaux usagers en vue d'établir ou de confirmer le diagnostic de la plaie et pour mettre au point un plan de soins individualisé qui se penche sur la ou les causes de la plaie.
- Des soins de la peau et des plaies normalisés qui optimisent la santé de la peau et favorisent la guérison sont dispensés.
- Des documents normalisés sont mis en œuvre dans le but d'élaborer un rapport complet de tous les aspects de la prestation de soins de la peau et des plaies (y compris l'évaluation, les buts du traitement, le traitement dispensé et les résultats).
- Un processus est en place pour partager l'information au sujet des soins de la peau et des plaies des usagers entre les prestataires, particulièrement aux points de transition des soins.
- L'efficacité du programme de soins de la peau et des plaies est vérifiée en évaluant les processus mis en place pour dispenser les soins (p. ex., diagnostic précis, traitement approprié, etc.) et les résultats (p. ex., temps de guérison, douleur, etc.); cette information est utilisée pour apporter des améliorations.



DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Best Practice Recommendations. Canadian Association of Wound Care. Toronto, ON), consulté le 6 avril 2020. https://www.woundscanada.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=110&catid=12&Itemid=724
- Best Practice Guidelines. Registered Nurses Association of Ontario; Toronto, ON, consulté le 6 avril 2020. www.rnao.ca/bpg
- Association canadienne de soins et services à domicile (2012). Démarche de soin des plaies fondée sur des données probantes : ciblage, mesure, communication et perfectionnement = meilleure évolution de l'état de santé des clients et économies de coûts. Réseau de savoirs, consulté le 6 avril 2020. https://cdnhomocare.ca/wp-content/uploads/2020/03/Wound_Management_-_Home_Care_Perspective_-_English_2012.pdf
- Bolton, L., McNees, P., van Rijswijk, L., et al (2004). Wound-healing outcomes using standardized assessment and care in clinical practice. J.Wound.Ostomy.Continence.Nurs. 31(2):65-71.
- Harris, C., Shannon, R (2008). An innovative enterostomal therapy nurse model of community wound care delivery: a retrospective cost-effectiveness analysis. J.Wound.Ostomy.Continence.Nurs. 35(2):169-83.
- Institut canadien d'information sur la santé (2013). Les plaies difficiles au Canada. Analyse en bref. Ottawa, ON, consulté le 6 avril 2020. <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC915&ga=2.120013256.1946547116.1586984873-141239655.1586984873>
- Lareforet, K., Allen, J.O., McIssac, C. (2012) Des soins des plaies fondés sur les faits probants : la perspective des soins à domicile. L'Association canadienne de soins et services à domicile. Mississauga, ON, consulté le 6 avril 2020. https://cdnhomocare.ca/wp-content/uploads/2020/03/Wound_Management_-_Home_Care_Perspective_-_English_2012.pdf
- Medical Advisory Secretariat. (2009) Community-based care for chronic wound management: an evidence-based analysis. Ontario Health Technology Assessment Series; 9(18), consulté le 6 avril 2020. https://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/reports/rev_pup_20090401.pdf
- Wound Care Alliance Canada. (2012) Wounds: National Stakeholder Round-table. Report of the June 27 2012 Meeting.



RÉPARTITION DES POR EN FONCTION DES NORMES OU DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION : Séquence 1

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	Gouvernance	Leadership	Gestion des médicaments	Prévention et contrôle des infections	Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	Santé publique
CULTURE DE SÉCURITÉ						
Reddition de comptes en matière de qualité	✓					
Divulgaration des événements		✓				
Gestion des événements		✓				
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers		✓				
COMMUNICATION						
Identification des usagers						
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées			✓			
Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique		✓				
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins à domicile et soins de santé communautaire</i>						
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins de courte durée</i>						
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins ambulatoires</i>						
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins de longue durée</i>						
BCM aux points de transition des soins - <i>Urgences</i>						
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire						
Transfert de l'information aux points de transition des soins						
UTILISATION DES MÉDICAMENTS						
Gérance des antimicrobiens			✓			
Électrolytes concentrés			✓			
Médicaments de niveau d'alerte élevé			✓			
Sécurité liée à l'héparine			✓			
Sécurité liée aux pompes à perfusion						
Sécurité liée aux narcotiques			✓			
MILIEU DE TRAVAIL OU EFFECTIFS						
Programme d'entretien préventif		✓				
Prévention de la violence en milieu de travail		✓				
Cheminement des usagers		✓				
Plan de sécurité des usagers		✓				
Sécurité des usagers : formation et perfectionnement		✓				
CONTRÔLE DES INFECTIONS						
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains				✓		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains				✓		
Taux d'infection				✓		
Retraitement				✓		
ÉVALUATION DES RISQUES						
Prévention des chutes et réduction des blessures						
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile						
Prévention des plaies de pression						
Prévention du suicide						
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)						
Soins de la peau et des plaies						



RÉPARTITION DES POR EN FONCTION DES NORMES OU DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION : Manuel d'évaluation Jeunesse

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	Chap 1 - Excellence des services	Chap 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique	Chap 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance	Chap 4 - Services pour jeunes en difficulté	Chap 5 - Services pour la protection de la jeunesse	Chap 6 - Services pour la santé mentale en communauté	Chap 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	Chap 8 - Services pour la procréation médicale assistée (PMA)	Chap 9 - Arrimage organisationnel
CULTURE DE SÉCURITÉ									
Reddition de comptes en matière de qualité									
Divulgarion des événements									
Gestion des événements									✓
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers									
COMMUNICATION									
Identification des usagers		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées									
Bilan comparatif des médicaments (BCM) : une priorité stratégique									
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins à domicile et soins de santé communautaire</i>			✓	✓	✓	✓		✓	
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins de courte durée</i>		✓					✓		
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins ambulatoires</i>									
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins de longue durée</i>									
BCM aux points de transition des soins - <i>Urgences</i>									
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire		✓							
Transfert de l'information aux points de transition des soins		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
UTILISATION DES MÉDICAMENTS									
Gérance des antimicrobiens									
Électrolytes concentrés									
Médicaments de niveau d'alerte élevé									
Sécurité liée à l'héparine									
Sécurité liée aux pompes à perfusion	✓	✓					✓		
Sécurité liée aux narcotiques									
MILIEU DE TRAVAIL OU EFFECTIFS									
Programme d'entretien préventif									
Prévention de la violence en milieu de travail									
Cheminement des usagers		✓	✓	✓		✓	✓		
Plan de sécurité des usagers									
Sécurité des usagers : formation et perfectionnement									
CONTRÔLE DES INFECTIONS									
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Taux d'infection									
Retraitement									
ÉVALUATION DES RISQUES									
Prévention des chutes et réduction des blessures - <i>Milieu hospitalier</i>		✓	✓				✓		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile		S.O	S.O	S.O	S.O		S.O		
Prévention des plaies de pression									
Prévention du suicide		✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)									
Soins de la peau et des plaies									



RÉPARTITION DES POR EN FONCTION DES NORMES OU DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION : Manuel d'évaluation Santé mentale et Dépendances

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	Chap 1 - Excellence des Services	Chap 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits)	Chap 3 - Services d'urgences psychiatriques	Chap 4 - Services de santé mentale (usagers admis)	Chap 5 - Services de dépendance (usagers inscrits)	Chap 6 - Services de dépendances (usagers admis)
CULTURE DE SÉCURITÉ						
Reddition de comptes en matière de qualité						
Divulcation des événements						
Gestion des événements	✓					
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers						
COMMUNICATION						
Identification des usagers		✓	✓	✓	✓	✓
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées						
Bilan comparatif des médicaments (BCM) : une priorité stratégique						
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins à domicile et soins de santé communautaire</i>		✓			✓	
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins de courte durée</i>				✓		✓
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins ambulatoires</i>						
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins de longue durée</i>						
BCM aux points de transition des soins - <i>Urgences</i>			✓			
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire						
Transfert de l'information aux points de transition des soins		✓	✓	✓	✓	✓
UTILISATION DES MÉDICAMENTS						
Gérance des antimicrobiens						
Électrolytes concentrés						
Médicaments de niveau d'alerte élevé						
Sécurité liée à l'héparine						
Sécurité liée aux pompes à perfusion	✓					
Sécurité liée aux narcotiques						
MILIEU DE TRAVAIL OU EFFECTIFS						
Programme d'entretien préventif						
Prévention de la violence en milieu de travail						
Cheminement des usagers			✓	✓		✓
Plan de sécurité des usagers						
Sécurité des usagers : formation et perfectionnement						
CONTRÔLE DES INFECTIONS						
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains		✓	✓	✓	✓	✓
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains		✓	✓	✓	✓	✓
Taux d'infection						
Retraitement						
ÉVALUATION DES RISQUES						
Prévention des chutes et réduction des blessures - <i>Milieu hospitalier</i>			✓	✓		✓
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile		✓			✓	
Prévention des plaies de pression						
Prévention du suicide		✓	✓	✓	✓	✓
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)						
Soins de la peau et des plaies						



RÉPARTITION DES POR EN FONCTION DES NORMES OU DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION : Manuel d'évaluation Santé physique

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	Chap 1 - Excellence des services	Chap 2 - Services des urgences	Chap 3 - Unités d'hospitalisation	Chap 4 - Services de soins critiques	Chap 5 - Services de néonatalogie	Chap 6 - Services de pédiatrie	Chap 7 - Services d'oncologie	Chap 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	Chap 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	Chap 10 - Services de soins ambulatoires	Chap 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	Chap 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)	Chap 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	Chap 14 - Services de transplantation	Chap 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	Chap 16 - Cheminement des usagers
CULTURE DE SÉCURITÉ																
Reddition de comptes en matière de qualité																
Divulgarion des événements																
Gestion des événements	✓															
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers																
COMMUNICATION																
Identification des usagers		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées																
Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique																
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins à domicile et soins de santé communautaire</i>															✓	
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins de courte durée</i>			✓	✓	✓	✓		✓								
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins ambulatoires</i>							✓		✓	✓						
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins de longue durée</i>																
BCM aux points de transition des soins - <i>Urgences</i>		✓														
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire									✓			✓				
Transfert de l'information aux points de transition des soins		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	
UTILISATION DES MÉDICAMENTS																
Gérance des antimicrobiens																
Électrolytes concentrés																
Médicaments de niveau d'alerte élevé																
Sécurité liée à l'héparine																
Sécurité liée aux pompes à perfusion	✓															
Sécurité liée aux narcotiques																
MILIEU DE TRAVAIL OU EFFECTIFS																
Programme d'entretien préventif																
Prévention de la violence en milieu de travail																
Cheminement des usagers		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓		✓
Plan de sécurité des usagers																
Sécurité des usagers : formation et perfectionnement																
CONTRÔLE DES INFECTIONS																
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Taux d'infection																
Retraitement																
ÉVALUATION DES RISQUES																
Prévention des chutes et réduction des blessures - <i>Milieu hospitalier</i>			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile															✓	
Prévention des plaies de pression			✓	✓	✓	✓		✓								
Prévention du suicide		✓														
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)			✓	✓					✓			✓				
Soins de la peau et des plaies															✓	



RÉPARTITION DES POR EN FONCTION DES NORMES OU DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION : Manuel d'évaluation Services généraux

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	Chap 1 - Excellence des services	Chap 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	Chap 3 - Service Info-Social	Chap 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	Chap 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	Chap 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	Chap 7 - Service Info-Santé	Chap 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	Chap 9 - Services de santé courants
CULTURE DE SÉCURITÉ									
Reddition de comptes en matière de qualité									
Divulguation des événements									
Gestion des événements	✓								
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers									
COMMUNICATION									
Identification des usagers		✓		✓	✓			✓	✓
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées									
Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique									
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins à domicile et soins de santé communautaire</i>									
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins de courte durée</i>									
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins ambulatoires</i>								✓	✓
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins de longue durée</i>									
BCM aux points de transition des soins - <i>Urgences</i>									
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire									
Transfert de l'information aux points de transition des soins		✓		✓	✓	✓		✓	✓
UTILISATION DES MÉDICAMENTS									
Gérance des antimicrobiens									
Électrolytes concentrés									
Médicaments de niveau d'alerte élevé									
Sécurité liée à l'héparine									
Sécurité liée aux pompes à perfusion	✓								
Sécurité liée aux narcotiques									
MILIEU DE TRAVAIL OU EFFECTIFS									
Programme d'entretien préventif									
Prévention de la violence en milieu de travail									
Cheminement des usagers					✓			✓	✓
Plan de sécurité des usagers									
Sécurité des usagers : formation et perfectionnement									
CONTRÔLE DES INFECTIONS									
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains		✓		✓				✓	✓
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains		✓		✓				✓	✓
Taux d'infection									
Retraitement									
ÉVALUATION DES RISQUES									
Prévention des chutes et réduction des blessures - <i>Milieu hospitalier</i>									
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile									
Prévention des plaies de pression									
Prévention du suicide		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)									
Soins de la peau et des plaies									



RÉPARTITION DES POR EN FONCTION DES NORMES OU DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION : Manuel d'évaluation Déficience physique, Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

 ACCREDITATION AGRÉMENT CANADA Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	Chap 1 - Excellence des services	Chap 2 - Services de déficience physique (usagers inscrits)	Chap 3 - Services de déficience physique (usagers admis)	Chap 4 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)	Chap 5 - Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)
CULTURE DE SÉCURITÉ					
Reddition de comptes en matière de qualité					
Divulgence des événements					
Gestion des événements	✓				
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers					
COMMUNICATION					
Identification des usagers		✓	✓		✓
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées					
Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique					
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins à domicile et soins de santé communautaire</i>					✓
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins de courte durée</i>			✓		
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins ambulatoires</i>					
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins de longue durée</i>					
BCM aux points de transition des soins - <i>Urgences</i>					
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire					
Transfert de l'information aux points de transition des soins		✓	✓	✓	✓
UTILISATION DES MÉDICAMENTS					
Gérance des antimicrobiens					
Électrolytes concentrés					
Médicaments de niveau d'alerte élevé					
Sécurité liée à l'héparine					
Sécurité liée aux pompes à perfusion	✓				
Sécurité liée aux narcotiques					
MILIEU DE TRAVAIL OU EFFECTIFS					
Programme d'entretien préventif					
Prévention de la violence en milieu de travail					
Cheminement des usagers		✓	✓	✓	✓
Plan de sécurité des usagers					
Sécurité des usagers : formation et perfectionnement					
CONTRÔLE DES INFECTIONS					
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains		✓	✓	✓	✓
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains		✓	✓	✓	✓
Taux d'infection					
Retraitement					
ÉVALUATION DES RISQUES					
Prévention des chutes et réduction des blessures - <i>Milieu hospitalier</i>			✓		
Prévention des chutes et réduction des blessures - <i>Soins de longue durée</i>					✓
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile		✓		✓	
Prévention des plaies de pression			✓		
Prévention du suicide		✓	✓	✓	✓
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)			✓		
Soins de la peau et des plaies		✓			

RÉPARTITION DES POR EN FONCTION DES NORMES OU DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION : Manuel d'évaluation Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	Chap 1 - Excellence des services	Chap 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)	Chap 3 - Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	Chap 4 - Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	Chap 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)	Chap 6 - Soins palliatifs et de fin de vie
CULTURE DE SÉCURITÉ						
Reddition de comptes en matière de qualité						
Divulgence des événements						
Gestion des événements	✓					
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers						
COMMUNICATION						
Identification des usagers		✓	✓	✓	✓	✓
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées						
Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique						
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins à domicile et soins de santé communautaire</i>					✓	
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins de courte durée</i>			✓			✓
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins ambulatoires</i>				✓		
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins de longue durée</i>		✓				
BCM aux points de transition des soins - <i>Urgences</i>						
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire						
Transfert de l'information aux points de transition des soins		✓	✓	✓	✓	✓
UTILISATION DES MÉDICAMENTS						
Gérance des antimicrobiens						
Électrolytes concentrés						
Médicaments de niveau d'alerte élevé						
Sécurité liée à l'héparine						
Sécurité liée aux pompes à perfusion	✓					
Sécurité liée aux narcotiques						
MILIEU DE TRAVAIL OU EFFECTIFS						
Programme d'entretien préventif						
Prévention de la violence en milieu de travail						
Cheminement des usagers		✓	✓	✓	✓	✓
Plan de sécurité des usagers						
Sécurité des usagers : formation et perfectionnement						
CONTRÔLE DES INFECTIONS						
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains		✓	✓	✓	✓	✓
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains		✓	✓	✓	✓	✓
Taux d'infection						
Retraitement						
ÉVALUATION DES RISQUES						
Prévention des chutes et réduction des blessures - <i>Milieu hospitalier</i>			✓			✓
Prévention des chutes et réduction des blessures - <i>Soins de longue durée</i>		✓				
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile					✓	
Prévention des plaies de pression		✓	✓			
Prévention du suicide		✓	✓	✓	✓	✓
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)			✓			
Soins de la peau et des plaies				✓	✓	✓



POR QUI SE TROUVENT DANS LA PLUPART DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	Identification des usagers	Prévention des chutes et réduction des blessures (Milieu hospitalier)	Transfert de l'information	Cheminement des usagers	Prévention du suicide	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains
Manuel d'évaluation Jeunesse							
Ch. 1 : Excellence des services							
Ch. 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ch. 3 : Services de sage-femme et maisons de naissance	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ch. 4 : Services pour jeunes en difficulté	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Ch. 5 : Services pour la protection de la jeunesse	✓		✓		✓	✓	✓
Ch. 6 : Services pour la santé mentale en communauté	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Ch. 7 : Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ch. 8 : Services pour la procréation médicale assistée (PMA)	✓		✓			✓	✓
Ch. 9 : Arrimage organisationnel							
Manuel d'évaluation Santé mentale et Dépendances							
Ch. 1 : Excellence des services							
Ch. 2 : Services de santé mentale (usagers inscrits)	✓		✓		✓	✓	✓
Ch. 3 : Services d'urgences psychiatriques	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ch. 4 : Services de santé mentale (usagers admis)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ch. 5 : Services de dépendances (usagers inscrits)	✓		✓		✓	✓	✓
Ch. 6 : Services de dépendances (usagers admis)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Manuel d'évaluation Santé physique							
Ch. 1 : Excellence des services							
Ch. 2 : Services des urgences	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Ch. 3 : Unités d'hospitalisation	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Ch. 4 : Services de soins critiques	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Ch. 5 : Services de néonatalogie	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Ch. 6 : Services de pédiatrie	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Ch. 7 : Services d'oncologie	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Ch. 8 : Services de soins palliatifs et de fin de vie	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Ch. 9 : Services interventionnels et périchirurgicaux	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Ch. 10 : Services de soins ambulatoires	✓		✓	✓		✓	✓
Ch. 11 : Services d'imagerie et médecine nucléaire	✓			✓		✓	✓
Ch. 12 : Services de dons d'organes (donneurs vivants)	✓		✓			✓	✓
Ch. 13 : Services de dons d'organes (donneurs décédés)						✓	✓
Ch. 14 : Services de transplantation	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Ch. 15 : Services d'activités spécialisées à domicile	✓		✓			✓	✓
Ch. 16 : Cheminement des usagers				✓			



POR QUI SE TROUVENT DANS LA PLUPART DES CHAPITRES DES MANUELS D'ÉVALUATION (Suite)

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	Identification des usagers	Prévention des chutes et réduction des blessures (milieu hospitalier)	Transfert de l'information	Cheminement des usagers	Prévention du suicide	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains
Manuel d'évaluation Services généraux							
Ch. 1 : Excellence des services							
Ch. 2 : Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	✓		✓		✓	✓	✓
Ch. 3 : Service Info-Social					✓		
Ch. 4 : Services de consultation sociale ou psychologique	✓		✓		✓	✓	✓
Ch. 5 : Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	✓		✓	✓	✓		
Ch. 6 : Volet psychosocial en contexte de sécurité civile			✓		✓		
Ch. 7 : Service Info-Santé					✓		
Ch. 8 : Services de soins primaires (GMF publics)	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Ch. 9 : Services de santé courants	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Manuel d'évaluation Déficience physique (DP), déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI TSA)							
Ch. 1 : Excellence des services							
Ch. 2 : Services de déficience physique (usagers inscrits)	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Ch. 3 : Services de déficience physique (usagers admis)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ch. 4 : Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers inscrits)			✓	✓	✓	✓	✓
Ch. 5 : Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usagers admis)	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Manuel d'évaluation Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)							
Ch. 1 : Excellence des services							
Ch. 2 : Soins et services de longue durée (usagers admis)	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Ch. 3 : Soins et services de courte durée pour la clientèle gériatrique (usagers admis)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

