



AGRÉMENT
CANADA

Qmentum Québec^{MC}

Livret des POR – Séquences 2 à 5, Cycle 2 (2023-2027)

Publié : avril 24

Mise à jour : avril 25

Livret des POR – Séquences 2 à 5, Cycle 2 (2023-2027)



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

Copyright © 2025, Organisation de normes en santé (HSO) ou ses concédants de licences. Tous droits réservés.

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

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

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

Livret des POR – Séquences 2 à 5, Cycle 2 (2023-2027)



Table des matières

Introduction	4
Au sujet du livret des POR	5
Tableau des pratiques organisationnelles requises	6
Identification de l'utilisateur.....	7
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire	9
Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.....	11
Transfert de l'information aux points de transition des soins.....	16
Cheminement des usagers	19
Améliorer les pratiques d'hygiène des mains	23
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile.....	27
Optimiser l'intégrité de la peau.....	29
Prévention de la thromboembolie veineuse	34
Programme de prévention du suicide.....	40
Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	43
Annexe	49
Tableau de concordance : Séquences 2-5, Cycle 1 versus 2	49



Introduction

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

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



Au sujet du livret des POR

Pour des raisons de commodité et pour en faciliter l'utilisation, toutes les pratiques organisationnelles requises (POR) qui font partie des manuels d'évaluation utilisés dans le cadre des séquences 2 à 5 du programme Qmentum Québec^{MC} ont été réunies dans ce livret. Pour les POR faisant partie du manuel d'évaluation *Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales*, veuillez vous référer au livret spécifique à la séquence 1.

Dans ce livret, les POR sont présentées comme suit :

ÉNONCÉ DE LA POR :

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

CONSEILS :

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

TESTS DE CONFORMITÉ :

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

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE :

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



Tableau des pratiques organisationnelles requises

À noter que ce livret regroupe uniquement les POR se trouvant dans les manuels d'évaluation utilisés dans le cadre des séquences 2 à 5. Ceux-ci sont identifiés par un point rouge.

CULTURE DE SÉCURITÉ	✓ Divulcation des incidents liés à la sécurité des usagers ✓ Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers ✓ Responsabilité liée à la qualité des soins et services
COMMUNICATION	• Identification des usagers • Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire • Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins • Transfert de l'information aux points de transition des soins ✓ Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique ✓ Liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés
UTILISATION DES MÉDICAMENTS	✓ Gérance des antimicrobiens ✓ Gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé ✓ Limiter les formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée
MILIEU DE TRAVAIL / EFFECTIF	• Cheminement 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 • Améliorer les pratiques d'hygiène des mains ✓ Nettoyage et désinfection de bas niveau de l'équipement médical ✓ Taux d'infection
ÉVALUATION DES RISQUES	• Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile • Optimiser l'intégrité de la peau • Prévention de la thromboembolie veineuse • Programme de prévention du suicide • Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention

- ✓ POR incluse dans le livret des POR séquence 1
- POR incluse dans ce livret (séquences 2 à 5)



Identification de l'utilisateur

Année de publication: 2015

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Communication

En partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes, au moins deux identifiants uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.

CONSEILS

Le fait d'utiliser des identifiants uniques à la personne pour confirmer que l'utilisateur 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, au congé d'un usager, les erreurs liées aux médicaments et les erreurs sur la personne. Les identifiants uniques à la personne utilisés dépendent de la population desservie et des préférences de l'utilisateur. À titre d'exemple, il pourrait s'agir d'identifiants uniques à la personne comme le nom complet de l'utilisateur, l'adresse à domicile lorsqu'elle est confirmée par l'utilisateur ou la personne proche aidante, la date de naissance, le numéro d'identification personnelle et une photo récente. Dans les milieux de soins de longue durée et de soins et services continus et dans les cas où le membre de l'équipe connaît bien l'utilisateur, la reconnaissance du visage peut être un des identifiants uniques à la personne. Le numéro de chambre ou de lit n'est pas un identifiant unique à l'utilisateur 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'utilisateur ou la personne proche aidante. L'identification de l'utilisateur est faite en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes en expliquant la raison de cette importante mesure de sécurité et en leur demandant les identifiants. À titre d'exemple, il pourrait s'agir de demander le nom de l'utilisateur. Quand les usagers et les personnes proches aidantes ne peuvent pas fournir cette information, les autres outils d'identification peuvent inclure les bracelets identifiants, les dossiers santé ou les pièces d'identité émises par le gouvernement. Les deux identifiants uniques à la personne peuvent provenir de la même source.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Au moins deux identifiants uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Allworth, S., Lapse, P., Kelly, J (2008). Solutions technologiques contre les erreurs d'identification des patients - Rapport d'examen (Technology Solutions to Patient Misidentification - Report of Review). La Commission australienne sur la sécurité et la qualité des soins de santé (The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care). Sydney, Australie.

La Commission australienne sur la sécurité et la qualité des soins de santé (The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care) (2008). Solutions technologiques contre les erreurs d'identification des patients : rapport à examiner (Technology Solutions to Patient Misidentification: Report of Review).



Communication

Parisi, L.L. (2003). Identification des patients : les principes de base d'une culture de sécurité des usagers (Patient identification: the foundation for a culture of patient safety). Journal of Nursing Care Quality (journal des services infirmiers de qualité), vol. 18, p. 73-79.

Sandler, S. G., Langeberg, A., et Dohnalek, L. (2005). La technologie de codes à barres améliore l'identification positive des patients et la sécurité des transfusions (Bar code technology improves positive patient identification and transfusion safety). Developmental Biology (biologie développementale), vol. 120, p. 19-24.

Organisation mondiale de la Santé (2007). Identification des patients. Solutions pour la sécurité des patients..



Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire

Année de publication: 2011

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Communication

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 auprès de différentes sources. Chaque liste de contrôle comporte trois étapes :

- Réunion préparatoire - avant l'induction de l'anesthésie
- Temps d'arrêt préopératoire - avant l'incision
- Compte rendu postopératoire - avant que le patient quitte la salle d'opération

TEST(S) 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). Effet d'un système de sécurité chirurgicale complète sur les résultats des usagers (Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes). N. Engl. J. Med. (revue médicale de la Nouvelle-Angleterre), vol. 363, n° 20, p. 1928-1937.



Communication

Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A.H., Dellinger, E.P. et al. (2009). Liste de contrôle chirurgicale visant à réduire la morbidité et la mortalité dans une population générale (A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population). *New England Journal of Medicine* (revue médicale de la Nouvelle-Angleterre), vol. 360, p. 491-499.

Panesar, S.S., Cleary, K., Sheikh, A., et Donaldson, L. (2009). La liste de contrôle de l'OMS : un outil mondial pour prévenir les erreurs en chirurgie. *Patient Safety in Surgery* (sécurité des usagers en chirurgie), vol. 3, n° 9.

Russ, S., S., Rout, S., S., Sevdalis, N., et al. (2013). Les listes de contrôle de la sécurité améliorent-elles le travail d'équipe et la communication dans la salle d'opération? Une étude systématique (A systematic review). *Ann. Surg.*, vol. 258, n° 6, p. 856-871.

Semel, M.E., Resch, S., Haynes, A.B., Funk, L.M., Bader, A., Berry, W.R. et al. (2010). L'adoption d'une liste de contrôle de la sécurité chirurgicale pourrait entraîner des économies et améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux aux États-Unis (Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals). *Health Affairs* (revue sur les soins de santé), vol. 29, p. 1593-1599.

Alliance mondiale pour la sécurité des patients (2008). Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale. Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale.

Alliance mondiale pour la sécurité des patients (2009). Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale.



Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins

Année de publication: 2023

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Communication

L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.

CONSEILS

Conseils du test de conformité 1 : Le meilleur schéma thérapeutique possible est une liste à jour complète et précise des médicaments pris par l'utilisateur. Les transitions de soins ont lieu lorsqu'un usager passe d'un milieu de soins à un autre.

La procédure organisationnelle définit la manière d'obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins, en incluant au moins les éléments suivants :

- des entretiens virtuels ou en personne avec l'utilisateur, ou la personne responsable de la gestion des médicaments de cet usager. Ces discussions sont menées de manière à encourager la transmission complète des renseignements concernant la prise de médicaments, y compris les médicaments sur ordonnance, les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tous les remèdes traditionnels ou complémentaires;
- la vérification de la liste des médicaments obtenue de l'utilisateur auprès d'au moins une autre source d'information fiable. Les sources d'information peuvent provenir du profil pharmacologique de la pharmacie communautaire, du dossier santé, de la liste des médicaments au congé de l'hôpital ou de la feuille d'administration des médicaments.

La procédure organisationnelle est à jour et fondée sur des données probantes. La procédure identifie les transitions de soins au cours desquelles le meilleur schéma thérapeutique possible de l'utilisateur doit être réalisé. À titre d'exemples, il peut s'agir de la transition d'un usager vers ou depuis un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, un milieu de soins ambulatoires comme une clinique d'oncologie, ou un milieu de soins primaires où les médicaments sont gérés.

Le meilleur schéma thérapeutique possible est consigné dans le dossier santé de l'utilisateur. L'information est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

Conseils du test de conformité 2 : Les divergences entre les médicaments non résolues, qu'elles soient intentionnelles ou non, peuvent entraîner des erreurs de médication et causer un préjudice à l'utilisateur, occasionner des rencontres cliniques non planifiées et des coûts connexes pour le système de santé. Les divergences entre les médicaments comprennent les erreurs liées à une prescription inappropriée et à la duplication des médicaments ayant une action thérapeutique.

Les divergences entre les médicaments sont identifiées et documentées par un membre au sein de l'équipe ayant les compétences pour le faire. Le meilleur schéma thérapeutique possible est comparé à ce qui a été récemment prescrit ou à ce qu'il est prévu de prescrire.



Communication

Les divergences identifiées sont documentées et communiquées au prescripteur de l'ordonnance. Les divergences sont résolues de manière opportune conformément à la procédure organisationnelle.

La résolution des divergences peut se faire de manière prospective ou rétrospective. Toutefois, le risque de divergences entre les médicaments est considérablement réduit lorsque le meilleur schéma thérapeutique possible est établi avant la rédaction d'une ordonnance. L'utilisation de technologies de l'information interopérables contribue à rendre le bilan comparatif des médicaments plus fiable et plus efficace.

Tous changements de médication sont discutés avec l'utilisateur afin de s'assurer qu'ils reflètent ses objectifs et ses préférences de traitement. Ces discussions permettent à l'utilisateur de comprendre quels médicaments doivent être arrêtés ou modifiés, quelles sont les interactions potentielles avec les médicaments en vente libre, le cannabis à des fins médicales, les suppléments et tout remède traditionnel ou complémentaire, et comment se départir des médicaments inutiles.

La liste précise des médicaments est consignée dans le dossier santé de l'utilisateur. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible.

Conseils du test de conformité 3 : Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents afin d'éviter les préjudices, réduire les erreurs et atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager.

Les incidents liés au maintien d'une liste précise de médicaments lors des points de transitions de soins comprennent les cas où le bilan comparatif des médicaments n'est pas effectué, est effectué de façon incorrecte ou n'est pas effectué en temps opportun et aurait pu causer un préjudice ou a causé un préjudice à un usager.

La procédure de déclaration des incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des points transitions de soins comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils du test de conformité 4 : Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour maintenir une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les résidents et les fellows participent aux activités d'apprentissage requises avant de prodiguer des soins et services.



Communication

Les thèmes d'apprentissage liés aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- l'importance de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins;
- les stratégies pour faire participer activement l'utilisateur dans la tenue d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins, y compris l'évaluation de la connaissance des médicaments de l'utilisateur;
- la communication des changements de médication lors des points de transitions de soins;
- la formation sur les outils d'aide à la décision clinique du bilan comparatif des médicaments de l'établissement et sur la technologie interopérable;
- la déclaration des incidents liés au maintien d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées conformément à la procédure organisationnelle.

Conseils du test de conformité 5 : L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles concernant le bilan comparatif des médicaments, y compris l'évaluation de la fiabilité et de l'exactitude des meilleurs schémas thérapeutiques possibles et l'évaluation des taux de résolution des divergences entre les médicaments et de la rapidité d'exécution;
- l'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à la tenue à jour d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins;
- la rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur sur l'applicabilité de la procédure du bilan comparatif des médicaments de l'établissement afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins;



Communication

- la rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.
2. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des points de transitions de soins en temps opportun.
3. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les incidents liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.
4. L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.
5. L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Anderson LJ et coll. (2019). « Effect of medication reconciliation interventions on outcomes: A systematic overview of systematic reviews ». *American Journal of Health-System Pharmacy*, vol. 76, n° 24.

<https://doi.org/10.1093/ajhp/zxz236>

Institut canadien pour la sécurité des patients, Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. (2017). *Medication reconciliation in acute care: Getting started kit* (4^e éd.).

<https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/MedRec-AcuteCare-GSK-EN.pdf>

Choi YJ, Kim H. (2019). « Effect of pharmacy-led medication reconciliation in emergency departments: A systematic review and meta-analysis ». *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, vol. 44 n° 6.

<https://doi.org/10.1111/jcpt.13019>

Christensen M, Lundh A. (2016). « Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2, n° 2.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008986.pub3>

Ha Dinh TT et coll. (2016). « The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: A systematic review ». *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, vol.14, n° 1.

<https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296>

Daliri S et coll. (2021). « Medication-related interventions delivered both in hospital and following discharge: A systematic review and meta-analysis ». *BMJ Quality & Safety*, vol. 30, n° 2.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2020-010927>



Communication

Dautzenberg L et coll. (2021). « Medication review interventions to reduce hospital readmissions in older people ». Journal of the American Geriatrics Society, vol. 69, n° 6.

<https://doi.org/10.1111/jgs.17041>

Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. (2020). « Virtual medication history interviews and discharge education ». ISMP Canada Safety Bulletin, vol. 20, n° 2.

<https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2020-i2-VirtualBPMHDischargeEducation.pdf>

Langley GJ et coll. (2009). The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance. Jossey-Bass.

Manias E et coll. (2020). « Interventions to reduce medication errors in adult medical and surgical settings: A systematic review ». Therapeutic Advances in Drug Safety, vol. 11.

<https://doi.org/10.1177/2042098620968309>

Mekonnen AB et coll. (2016). « Impact of electronic medication reconciliation interventions on medication discrepancies at hospital transitions: A systematic review and meta-analysis ». BMC Medical Informatics and Decision Making, vol. 16.

<https://doi.org/10.1186/s12911-016-0353-9>

Penm J et coll. (2019). « Defining and identifying concepts of medication reconciliation: An international pharmacy perspective ». Research in Social and Administrative Pharmacy, vol.15, n° 6.

<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.07.020>

Ravn-Nielsen LV et coll. (2018). « Effect of an in-hospital multifaceted clinical pharmacist intervention on the risk of readmission: A randomized clinical trial. » JAMA Internal Medicine, vol 178, n° 3.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.8274>

Weir DL et coll. (2020). « Failure to follow medication changes made at hospital discharge is associated with adverse events in 30 days ». Health Services Research, vol. 55, n° 4.

<https://doi.org/10.1111/1475-6773.13292>

Organisation mondiale de la Santé. (2019). Medication safety in transitions of care.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9>

Organisation mondiale de la Santé. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>



Transfert de l'information aux points de transition des soins

Année de publication: 2015

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Communication

L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions 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 et services posthospitaliers, la relecture et la reformulation, favorise une communication efficace, tout comme la standardisation de l'information pertinente, les outils et stratégies utilisés dans l'ensemble de l'organisation. Le niveau de standardisation dépendra de la taille et de la complexité de l'organisation. 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 personnes proches aidantes de répéter l'information. Les usagers et les personnes proches aidantes 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.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. L'information qui doit être partagée lors des transitions des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins et services, transfert et congé.
2. Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.
3. Lors des transitions, les usagers et les personnes proches aidantes reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins et services.
4. L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.



Communication

5. L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes:
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
 - demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et 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, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Alvarado, K. et al. (2006). Transfer of accountability: transforming shift handover to enhance patient safety. *Healthcare Quarterly*, vol. 9, numéro spécial, p. 75-79.

Association américaine des directeurs médicaux (American Medical Directors Association) (2010). Transitions of care in the long-term care continuum clinical practice guideline. Association américaine des directeurs médicaux. Columbia, MD.

Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables (2011). Améliorer le continuum des soins. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM). (2013) Patient Handovers. Fiche d'information de l'ACPM. ACPM. Ottawa (ON).

Dreyer, T. Transitions: Best Practices and Evidence-based Programs (2014). Center for Healthcare Research et Transformation. Ann Arbor, MI.

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.

Kripalani, S., Jackson, A. T., Schnipper, J. L., et Coleman, E. A. (2007). Promoting effective transitions of care at hospital discharge: are view of key issues for hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*, vol. 2, p. 314-323.

Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., et Baker, D. W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Journal of the American Medical*, vol. 297, p. 831-841.

Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., et Hirschman, K. B. (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, vol. 30, p. 746-754.

National Transitions in Care Coalition (2010). Improving Transitions of Care: Findings and Considerations of the "Vision of the National Transitions of Care Coalition".

Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., et Hirschman, K. B. (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff. (Millwood.)*, vol. 30, p. 746-754.

Patterson, E. S. et Wears, R. L. (2009). Beyond "communication failure". *Annals of Emergency Medicine*, vol. 53, p. 711-712.



Communication

Conseil provincial de santé maternelle et infantile. (2013). Transition vers les soins pour adultes. Conseil provincial de santé maternelle et infantile. Toronto, ON.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2014). Transitions des soins. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Toronto, ON.

Starmer, A.J., Sectish, T.C., Simon D.W., et al. (2013). Taux d'erreurs médicales et d'événements indésirables évitables chez les enfants hospitalisés à la suite de la mise en œuvre d'un ensemble de processus de transfert de résidents (Rates of medical errors and preventable adverse events among hospitalized children following implementation of a resident hand off bundle). JAMA (revue de l'association médicale américaine), vol. 310, n° 21, p. 2262-2270.

Trachtenberg, M. et Ryvicker, M. (2011). Recherche sur les soins transitionnels : de l'hôpital à la maison (Research on transitional care: from hospital to home). Home Healthcare Nurse (revue sur les soins infirmiers à domicile), vol. 29, p. 645-651. Organisation mondiale de la Santé (2009). Facteurs humains dans l'examen de la sécurité des patients par rapport aux sujets et aux outils (Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools). Disponible à l'adresse :

Organisation mondiale de la Santé (2009). Facteurs humains considérés dans l'examen de la sécurité des patients par rapport aux sujets et aux outils (Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools). Organisation mondiale de la Santé.

Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Solutions en Matière de Sécurité des Patients (2007). Communication pendant les transferts des patients (Communication During Patient Handovers). Genève, Suisse : Presse de l'OMS.

.



Cheminement des usagers

Année de publication: 2021

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Milieu de travail ou effectifs

Les gestionnaires du programme-services optimisent le cheminement des usagers au sein de leur établissement.

CONSEILS

Conseils du test de conformité 1 : Le cheminement des usagers tient compte du déplacement des personnes dans un établissement, au sein de l'établissement, à l'extérieur de l'établissement et entre les établissements. Il est essentiel de tenir compte du cheminement complet des usagers à partir du point de départ jusqu'à la fin, puisque les obstacles rencontrés à divers moments peuvent entraîner des répercussions importantes sur les autres aspects des soins ou des services.

La stratégie de cheminement des usagers de l'établissement est conçue conjointement avec les usagers, la communauté et les partenaires, sa main-d'œuvre et d'autres parties prenantes. La stratégie de cheminement des usagers intègre des perspectives inter-établissements et intra-établissements afin d'optimiser la sécurité.

Lors de la conception de la stratégie de cheminement des usagers, l'établissement doit tenir compte des éléments suivants :

- Sources de la demande. À titre d'exemples, il peut s'agir des sources provenant de l'urgence, les admissions imprévues et planifiées, les consultations externes, les soins de suivi)
- Tendances et volume de la demande
- Variations de la demande
- Disponibilité de la capacité à répondre à une demande excessive
- Facilitateurs et obstacles au cheminement des usagers
- Risques et conséquences d'une surcapacité. À titre d'exemple, il peut s'agir d'événements indésirables.

La stratégie de cheminement des usagers doit définir des résultats précis.

La stratégie de cheminement des usagers doit s'aligner sur les indicateurs, les mesures et les exigences de la juridiction existante

Conseils du test de conformité 2 : Le plan d'action opérationnel identifie les stratégies utilisées par l'établissement pour prévenir et gérer de manière proactive les problèmes de cheminement des usagers, les rôles et les responsabilités des personnes impliquées dans l'action et la façon dont le changement sera mesuré.



Milieu de travail ou effectifs

Les rôles et les responsabilités devraient également s'étendre aux partenaires de l'établissement afin de faciliter la transition harmonieuse des usagers vers le type et le niveau de soins et service les plus appropriés. À titre d'exemple, il peut s'agir d'établissements de soins de longue durée, des soins et services à domicile, des soins et services communautaires, réadaptation, soins et services primaires.

Le plan d'action opérationnel identifie les cibles pour le cheminement des usagers qui sont éclairées par des données probantes, basées sur des références comparatives internes et externes, et alignées sur les pratiques optimales et les objectifs de cheminement des usagers d'établissements comparables. Des cibles spécifiques peuvent être identifiées pour les données relatives au cheminement des usagers, comme le temps de transfert des usagers à un lit en milieu hospitalier à la suite d'une décision d'admission; la durée du séjour aux soins et services des urgences pour les usagers non admis; le transfert des usagers vers des établissements de soins de longue durée; et les temps d'attente pour la chirurgie, les soins et services à domicile, la santé mentale et les soins et services de traitement des dépendances. Les indicateurs doivent être évalués régulièrement pour s'assurer qu'ils sont pertinents.

L'établissement recueille des données sur le cheminement des usagers quant à la fréquence et la durée d'attente des usagers pour les soins et services, qui peuvent inclure des données sur les listes d'attente, la durée du séjour, les délais d'exécution des résultats de laboratoire ou d'imagerie diagnostique, les temps de placement dans la communauté ou les temps de réponse des consultants.

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

Conseils du test de conformité 3 : En plus d'une stratégie de cheminement des usagers, l'établissement dispose de protocoles pour gérer efficacement le cheminement des usagers. Les protocoles peuvent comprendre la façon de travailler avec des établissements externes pour assurer des transitions harmonieuses et opportunes des soins et services.

Les protocoles doivent surveiller et fournir des conseils sur la façon de gérer les arrérages, les obstacles et les périodes de pointe. Dans les établissements de soins et services de courte durée, cela peut inclure les périodes de pointes des urgences et la gestion des lits. Dans les milieux communautaires, cela peut inclure la gestion de la liste d'attente, la gestion de la charge de travail et des cas, et la durée du séjour en fonction des besoins.

Conseils du test de conformité 4 : Les données sont recueillies en continu, les résultats sont examinés et la stratégie est mise à jour au besoin. La surveillance s'effectue en continu et les gestionnaires du programme-services sont informés de tout changement important ou soudain dans les données.

L'établissement a mis en place des initiatives d'amélioration continue de la qualité établies en fonction des cibles du cheminement des usagers.

L'instance de gouvernance est sensibilisée aux principes clés de qualité et de sécurité pour aider les membres à comprendre, surveiller et superviser efficacement la performance qualité de l'établissement.

Conseils du test de conformité 5 : Des rapports sur les progrès réalisés quant à la stratégie de cheminement des usagers sont régulièrement mis à disponibilité.

La diffusion des données comprend notamment le partage d'expériences avec d'autres établissements de santé et de services sociaux afin d'offrir des occasions d'apprentissage les uns des autres.



Milieu de travail ou effectifs

TEST(S) DE CONFORMITÉ

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

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

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

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

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

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

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

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

Ezzat, A., Hamoud, H., & Fadlallah, B. (2014). Factors affecting patient flow planning in hospitals. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 13(12), 22-24.
<https://doi.org/10.9790/0853-13122224>

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



Milieu de travail ou effectifs

Gualandi, R., Masella, C. & Tartaglini, D. (2020), Improving hospital patient flow: A systematic review. *Business Process Management Journal*, 26(6), 1541-1575.

<https://doi.org/10.1108/BPMJ-10-2017-0265>

Hall, R. (2006). Patient flow. *ORMS Today*, 6(06).

<https://www.informs.org/ORMS-Today/Archived-Issues/2006/orms-6-06/Patient-Flow>

Hostetter, M. & Klein, S. (n.d.). In focus: Improving patient flow—In and out of hospitals and beyond. Fonds du Commonwealth Récupéré le DATE à partir de :

<https://www.commonwealthfund.org/publications/newsletter-article/focus-improving-patient-flow-and-out-hospitals-and-beyond>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2002). Nursing best practice guideline: Client centred care.

https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Client_Centred_Care.pdf

Rutherford, P. A., Anderson, A., Kotagal, U. R., Luther, K., Provost, L. P., Ryckman, F. C., & Taylor, J. (2020). Achieving hospital-wide patient flow (2nd ed). Institute for Health care Improvement.

<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Achieving-Hospital-wide-Patient-Flow.aspx>

Suter, E., Oelke, N., da Silva Lima, M. A. D., Stiphout, M., Janke, R., Witt, R. R., Van Vliet Brown, C., Schill, K., Rostami, M., Hepp, S., Birney, A., Al-Roubaiai, F., & Marques, G. Q. (2017). Indicateurs et outils d'évaluation des autorités sanitaires en matière d'intégration : la synthèse des connaissances. (Indicators and measurement instruments for health systems integration: A knowledge synthesis. *International Journal of Integrated Care*, 17(6), 4, 1-17.

<https://doi.org/10.5334/ijic.3931>

What is patient flow? (2018). NEJM Catalyst.

<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0289>

Organisation mondiale de la Santé. (2018). Continuity and coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>



Améliorer les pratiques d'hygiène des mains

Année de publication: 2023

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Contrôle des infections

Les gestionnaires de l'établissement sont imputables de démontrer l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement.

CONSEILS

Conseils du test de conformité 1 : L'hygiène des mains peut réduire de manière significative le risque de transmission des infections et améliorer la sécurité des usagers et de la main-d'œuvre lorsqu'elle est pratiquée correctement et régulièrement.

Un objectif clair et mesurable d'amélioration des pratiques d'hygiène des mains pour l'établissement est défini et documenté dans le plan d'amélioration de la qualité de l'hygiène des mains. L'objectif est axé sur le résultat et précise l'amélioration visée au cours d'une période donnée.

L'objectif prend en compte l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains dans tous les milieux de soins, y compris les espaces administratifs et publics de l'établissement.

L'objectif est défini en collaboration avec les partenaires et éclairé par les derniers résultats relatifs au respect des règles d'hygiène des mains.

Conseils du test de conformité 2 : L'investissement dans les ressources montre l'engagement en faveur de l'amélioration et soutient la réalisation de l'objectif en matière d'hygiène des mains.

Les ressources comprennent la main-d'œuvre, les finances, l'infrastructure, l'équipement et l'information.

Les ressources nécessaires pour soutenir l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains varieront selon l'objectif défini. À titre d'exemples, il peut s'agir :

- d'une personne ou d'une équipe qui a la responsabilité et le temps prévu pour améliorer les pratiques d'hygiène des mains de l'établissement.
- d'une infrastructure pour soutenir les pratiques d'hygiène des mains, y compris l'accès à des équipements tels que des éviers, des distributeurs et des fournitures en temps voulu dont des solutions hydroalcooliques, du savon et des serviettes en papier;
- d'une méthodologie établie pour la collecte et l'analyse des données sur le respect de l'hygiène des mains, telle que l'observation directe ou les systèmes de surveillance électronique.

Conseils du test de conformité 3 : Un plan d'amélioration de la qualité fournit des informations essentielles sur la manière dont les activités d'amélioration de l'hygiène des mains seront mises en œuvre, gérées et évaluées.

Les activités visant à améliorer les pratiques d'hygiène des mains nécessitent une approche multidimensionnelle et interdisciplinaire adaptée au contexte et aux populations desservies. Les activités d'amélioration de l'hygiène des mains peuvent comprendre notamment :



Contrôle des infections

- des approches innovantes pour identifier rapidement les endroits où des fournitures sont nécessaires, telles que le recours à des indicateurs visuels ou à des codes à réponse rapide (QR).
- l'accès à des fournitures telles que des solutions hydroalcooliques en temps voulu, du savon et des serviettes en papier.
- des activités multimodales d'apprentissage continues pour les équipes, élaborées en collaboration avec les usagers, les personnes proches aidantes, les visiteurs et les partenaires externes, sur l'importance de l'hygiène des mains et des techniques appropriées.
- des approches innovantes pour assurer la vigie de l'hygiène des mains, telles que des systèmes de surveillance électronique.
- la rétroaction multimodale telle que celle effectuée sur place lors des réunions d'équipe, à l'aide d'affichages visuels et de tableaux de bord électroniques.

Pour chacune des activités sélectionnées, la personne ou l'équipe responsable et les ressources attribuées sont identifiées et documentées dans le plan d'amélioration de la qualité de l'hygiène des mains.

Conseils du test de conformité 4 : La collecte et l'analyse systématiques d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs permettent aux gestionnaires de l'établissement de s'assurer que les ressources consacrées à l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains sont correctement attribuées et que les activités atteignent les résultats souhaités.

Les indicateurs sont sélectionnés en fonction des activités d'amélioration de l'hygiène des mains et peuvent inclure :

- des indicateurs structurels liés à l'infrastructure de l'hygiène des mains et à la disponibilité de fournitures et d'équipements pour l'hygiène des mains, tels que des éviers et des distributeurs de solution hydroalcoolique;
- des indicateurs de processus, tels que ceux pour le respect des procédures de l'établissement en matière d'hygiène des mains aux moments clés;
- des indicateurs de résultats tels que ceux pour l'utilisation de solutions hydroalcooliques et de savon, l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains, la diminution des taux d'infection et la rétroaction qualitative sur l'expérience vécue de l'utilisateur.

Les résultats sont consignés dans le plan d'amélioration de la qualité de l'hygiène des mains de l'établissement.

Conseils du test de conformité 5 : Un établissement apprenant reconnaît que l'amélioration de la qualité a des incidences sur toutes les parties de l'établissement. Le partage et la mise en œuvre des leçons apprises aident également l'établissement à promouvoir une culture de la sécurité et de la qualité, plutôt qu'une culture du blâme.

Les leçons apprises des activités d'amélioration de la qualité de l'hygiène des mains sont partagées en temps opportun, dans un format clair et adapté à chaque public cible. Les activités d'amélioration de la qualité qui montrent un changement positif sont mises en œuvre, soutenues et diffusées dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections. Ces efforts comprennent notamment la mise à jour des politiques et des procédures, des outils d'aide à la décision clinique et d'autres ressources.



Contrôle des infections

Le partage des connaissances par l'intermédiaire des réseaux établis, des communautés de pratique, des publications ainsi que dans le cadre de conférences est encouragé afin d'améliorer la diffusion et la mise en œuvre à grande échelle des pratiques d'hygiène des mains.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Les gestionnaires de l'établissement définissent un objectif pour l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains.
2. Les gestionnaires de l'établissement investissent dans des ressources consacrées à l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains.
3. Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce qu'un plan d'amélioration de la qualité de l'hygiène des mains soit élaboré.
4. Les gestionnaires de l'établissement assurent la vigie des activités d'amélioration de l'hygiène des mains dans le temps en fonction des indicateurs identifiés.
5. Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que le programme de prévention et de contrôle des infections soit éclairé par les leçons apprises des activités d'amélioration de l'hygiène des mains.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Ahmed M et coll. (2016). Promoting the role of patients in improving hand hygiene compliance amongst health care workers. *BMJ Quality Improvement Reports*, vol. 5, n° 1. <https://doi.org/10.1136/bmjquality.u210787.w4336corr1>

Armstrong-Novak et coll. (2023). Healthcare personnel hand hygiene compliance: Are we there yet? *Current Infectious Disease Reports*, vol. 25. <https://doi.org/10.1007/s11908-023-00806-8>

Bolcato V et coll. (2023). Preventing healthcare-associated infections: Hand disinfection monitoring using an automated system in an Italian neurological hospital. *Healthcare*, vol. 11, n° 23. <https://doi.org/10.3390/healthcare11233018>

Bubb TN et coll. (2016). APIC professional and practice standards. *American Journal of Infection Control*, vol. 44, n° 7. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.02.004>

From-Hansen M et coll. (2023). Empowering health care workers with personalized data-driven feedback to boost hand hygiene compliance. *American Journal of Infection Control*, vol. 52, n° 1. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2023.09.014>

Glowicz JB et coll. (2023). SHEA/IDSA/APIC practice recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene: 2022 update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, vol. 44, n° 3. <https://doi.org/10.1017/ice.2022.304>

Gould DJ et coll. (2017). Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005186.pub4>

Hamilton DK. (2023). Challenges to long-accepted beliefs encourage us to think in new ways. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, vol. 16, n° 4. <https://doi.org/10.1177/19375867231193750>



Contrôle des infections

Prévention et contrôle des infections Canada. (2016). Infection prevention and control (IPAC) program standard. *Revue canadienne de prévention des infections*, vol. 31, n° 4, suppl. <https://ipac-canada.org/photos/custom/CJIC/Vol31No4supplement.pdf>

McLean HS et coll. (2017). Good to great: Quality-improvement initiative increases and sustains pediatric health care worker hand hygiene compliance. *Hospital Pediatrics*, vol. 7, n° 4. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0110>

Ojanperä H et coll. (2022). Impact of direct hand hygiene observations and feedback on hand hygiene compliance among nurses and doctors in medical and surgical wards: An eight-year observational study. *Journal of Hospital Infection*, vol. 127. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2022.06.007>

Ragonese B et coll. (2023). Reducing carbapenem-resistant enterobacteriaceae using the targeted solution tool: A quality improvement project. *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 38, n° 1. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000651>

Saito H et coll. (2023). Train-the-trainers in hand hygiene facilitate the implementation of the WHO hand hygiene multimodal improvement strategy in Japan: Evidence for the role of local trainers, adaptation, and sustainability. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, vol. 12. <https://doi.org/10.1186/s13756-023-01262-8>

Shi C et coll. (2023). Factors associated with hand washing effectiveness: An institution-based observational study. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, vol. 12. <https://doi.org/10.1186/s13756-023-01293-1>

Starrett W et coll. (2023). The effect of a prospective intervention program with automated monitoring of hand hygiene performance in long-term and acute-care units at a Veterans Affairs medical center. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. <https://doi.org/10.1017/ice.2023.186>

Teasing GR et coll. (2020). Increased hand hygiene compliance in nursing homes after a multimodal intervention: A cluster randomized controlled trial (HANDSOME). *Infection Control & Hospital Epidemiology*, vol. 41, n° 10. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.319>

Organisation mondiale de la Santé. (2009). WHO guidelines on hand hygiene in health care. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>

Organisation mondiale de la Santé. (2019). Minimum requirements for infection prevention and control programmes. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516945>

Organisation mondiale de la Santé. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>



Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile

Année de publication: 2011¹

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Évaluation du risque

Les gestionnaires du programme-services s'assurent qu'une évaluation des risques en matière de sécurité est effectuée pour les usagers qui reçoivent des soins et services à domicile.

CONSEILS

Les services de santé et de services sociaux offerts au domicile d'un usager présentent des défis pour les usagers, les personnes proches aidantes, 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, les personnes proches aidantes ou par d'autres partenaires dans la prestation de soins et services.

Une évaluation des risques à domicile et les actions qui s'en suivent peuvent améliorer la sécurité des usagers, des personnes proches aidantes, des familles et des membres de l'équipe qui participent à la prestation de soins et services. L'évaluation est effectuée dans le cadre d'un plan de transition d'un milieu de soins et services au domicile de l'usager ou pour des soins et services à domicile offerts dans le cadre d'un plan d'intervention spécifique. Cette évaluation, réalisée à partir d'une grille d'évaluation des risques à domicile, s'appuie sur les informations transmises par l'usager et les personnes proches aidantes ainsi que sur les observations en contexte réel et le jugement clinique des membres de l'équipe.

Les résultats de l'évaluation servent à définir les interventions à réaliser pour assurer la sécurité des usagers et des membres de l'équipe, le cas échéant. Ces interventions sont intégrées aux plans de soins et services individualisés et sont communiquées aux usagers, aux personnes proches aidantes, aux familles ainsi qu'aux prestataires de soins et services.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Une évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est effectuée pour chaque usager au début de la planification des soins et services.
2. L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile porte sur l'environnement physique intérieur et extérieur. Elle permet de vérifier la salubrité et la sécurité des lieux, à partir d'une grille commune utilisée par les différentes équipes. Les risques suivants sont considérés, à différents moments de l'intervention et selon le contexte clinique:
 - les risques liés à l'état de santé physique et mentale de l'usager tels que la prise de médicaments, les troubles de santé ou les situations sociales nécessitant plus de surveillance et la présence de déficiences;
 - les risques liés aux soins de base tels que les soins d'hygiène, l'entretien domestique et la préparation des repas;

¹ Une mise à jour des conseils a été faite en 2024.



Évaluation du risque

- les risques liés à l'isolement social; les risques de chutes;
 - les risques liés aux expositions chimiques et biologiques ainsi que ceux liés aux incendies;
 - la capacité à se mobiliser lors de situations d'urgence et de sinistres.
3. L'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est utilisée dans le cadre de la planification et de la prestation des soins et services aux usagers. Elle est communiquée aux partenaires qui participent à la prestation de soins et services à domicile.
 4. L'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile est régulièrement mise à jour et elle est utilisée pour améliorer les soins et services offerts à l'utilisateur.
 5. Les usagers, les personnes proches aidantes et les familles reçoivent de l'information concernant les enjeux de sécurité à domicile identifiés lors de l'évaluation des risques et des interventions qui sont réalisées afin de réduire voire éliminer les risques à la sécurité.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Doran, D. M., Hirdes, J., Blais, R., Ross, B. G., Pickard, J., et Jantzi, M. (2009). La nature des problèmes chez les usagers canadiens des soins à domicile : données probantes du système de signalement de RAI-HC (The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAI-HC reporting system). J. Nurs. Manag. (revue sur la gestion des soins infirmiers), vol. 17, p. 165-174.

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. (2008). Évaluation des risques pour les travailleurs de la santé : Fiche d'information (E-Facts 35). (Sept.). Bilbao, Espagne.

Lang, A., Edwards, N., et Fleischer, A. (2008). Sécurité des soins à domicile : une perspective élargie de la sécurité des usagers (Safety in home care: a broadened perspective of patient safety). Int. J. Qual. Health Care (journal international sur la qualité des soins de santé), vol. 20, p.130-135.

Association de santé et sécurité des services publics (2009). Évaluer la violence dans la communauté : Un manuel pour le milieu de travail

Association de santé et sécurité des services publics (2010). Conseils pour conserver votre sécurité personnelle lors des visites à domicile (Tips for Guarding Your Personal Safety on Home Visits).



Optimiser l'intégrité de la peau

Année de publication: 2024

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Évaluation du risque

L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.

CONSEILS

Conseils du test de conformité 1 : Le repérage est une pratique succincte, fondée sur des données probantes, qui permet d'identifier de manière proactive les besoins et les risques de santé d'un usager susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie.

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer les risques d'atteinte à l'intégrité de la peau d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de procéder à un repérage de l'intégrité de la peau de tous les usagers. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

Conseils du test de conformité 2 : Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, une évaluation complète est réalisée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'usager peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée avec des outils d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes qui reflètent les soins et services prodigués, le milieu de soins, et les populations desservies.



Évaluation du risque

Les outils d'évaluation sélectionnés peuvent inclure des méthodes permettant d'évaluer notamment :

- la couleur de la peau, son humidité, sa température, sa texture, son élasticité et la présence de lésions ou de déchirures;
- la perception sensorielle de l'utilisateur, son activité physique, sa mobilité et son exposition à la friction, au cisaillement, à l'humidité et aux facteurs de risques environnementaux;
- la capacité de l'utilisateur à gérer sa propre intégrité cutanée, y compris le maintien d'une bonne hygiène, d'une saine alimentation et d'un bon apport hydrique;
- les risques associés aux comorbidités, comme le diabète, ou les risques associés aux interventions planifiées, comme la chirurgie ou les thérapies anticancéreuses.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé et dans le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

Conseils du test de conformité 3 : Les interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- la mise en œuvre de stratégies visant à optimiser l'intégrité de la peau, comme la mobilité, l'hydratation, la nutrition et l'utilisation de crèmes protectrices;
- la réalisation des réévaluations;
- la revue des médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur l'intégrité de la peau;
- la fourniture d'équipements ou d'appareils comme des lève-personnes, des coussins ou matelas à réduction de pression.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

Conseils du test de conformité 4 : Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un utilisateur.

Il est question d'atteinte nosocomiale à l'intégrité de la peau lorsqu'une déchirure cutanée, une infection, une pression ou une autre lésion cutanée est causée par une intervention de soins, ou une variation involontaire de la qualité des soins et services.

La procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incident et accident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.



Évaluation du risque

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils du test de conformité 5 : Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les préjudices et optimiser l'intégrité de la peau. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- l'importance d'optimiser l'intégrité de la peau;
- l'identification des risques évitables et non évitables pour l'intégrité de la peau;
- l'importance d'évaluer les surfaces et les dispositifs qui sont en contact avec la peau;
- l'importance d'évaluer les dispositifs qui pénètrent la barrière cutanée, comme les perfusions intraveineuses;
- la déclaration des atteintes nosocomiales à l'intégrité de la peau à titre d'incident et accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

Conseils du test de conformité 6 : L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement afin d'optimiser l'intégrité de la peau.



Évaluation du risque

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- l'évaluation des interventions visant à prévenir les blessures et à optimiser l'intégrité de la peau;
- l'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés à l'atteinte de l'intégrité de la peau dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- la rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à optimiser l'intégrité de la peau;
- la rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière d'optimisation de l'intégrité de la peau.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.
2. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour s'assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'utilisateur dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.
3. L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.
4. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.
5. L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.
6. L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Baron JS et coll. (2018). « Self-management interventions for skin care in people with a spinal cord injury: Part 1— A systematic review of intervention content and effectiveness ». *Spinal Cord*, vol. 56.
<https://doi.org/10.1038/s41393-018-0138-3>

Callender LF et coll. (2021). « Patient-centered education in wound management: Improving outcomes and adherence ». *Advances in Skin & Wound Care*, vol. 34, n° 8.
<https://doi.org/10.1097/01.asw.0000753256.29578.6c>

Capitulo KL. (2022). « Creating a comprehensive hospital-based skin and wound care program to improve outcomes and decrease pressure injuries ». *Advances in Skin & Wound Care*, vol. 35, n° 9.
<https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000852568.16043.42>



Évaluation du risque

Coyer F et coll. (2015). « Reducing pressure injuries in critically ill patients by using a patient skin integrity care bundle (Inspire) ». *American Journal of Critical Care*, vol. 24, n° 3.

<https://doi.org/10.4037/ajcc2015930>

Gardiner L et coll. (2008). « Evidence-based best practice in maintaining skin integrity ». *Wound Practice and Research: Journal of the Australian Wound Management Association*, vol. 16, n° 2.

<https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.293028773810608>

Gulanick M, Myers JL. (2021). *Nursing care plans : Diagnoses, interventions, and outcomes* (10^e éd.) Elsevier.

Gupta P et coll. (2020). « A quality improvement programme to reduce hospital-acquired pressure injuries ». *BMJ Open Quality*, vol. 9, n° 3.

<https://doi.org/10.1136/bmjog-2019-000905>

Haran E. (2018). « A community-based approach to reduce the incidence of preventable pressure ulcers ». *British Journal of Community Nursing*, vol. 23, n° 6.

<https://doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.Sup6.S14>

Institute for Quality and Efficiency in Health Care. (2019). *How does skin work?*

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279255/>

Lindgren M et coll. (2002). « A risk assessment scale for the prediction of pressure sore development: Reliability and validity ». *Journal of Advanced Nursing*, vol. 38, n° 2.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02163.x>

Murphree RW. (2017). « Impairments in skin integrity ». *Nursing Clinics of North America*, vol. 52, n° 3.

<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.04.008>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care*, annexe O (ligne directrice Clinique n°179).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333156/>

Niederhauser A et coll. (2012). « Comprehensive programs for preventing pressure ulcers: A review of the literature ». *Advances in Skin & Wound Care*, vol. 25, n° 4.

<https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000413598.97566.d7>

Taylor C et coll. (2021). « Barriers and enablers to the implementation of evidence-based practice in pressure ulcer prevention and management in an integrated community care setting: A qualitative study informed by the theoretical domains framework ». *Health and Social Care in the Community*, vol. 29, n° 3.

<https://doi.org/10.1111/hsc.13322>

Thet Z et coll. (2022). « An integrated skin cancer education program in renal transplant recipients and patients with glomerular disease ». *BMC Nephrology*, vol. 23.

<https://doi.org/10.1186/s12882-022-02997-z>

Urquhart AE. (2022). « An Interprofessional approach to preventing tracheostomy-related pressure injuries ». *Advances in Skin & Wound Care*, vol. 35, n° 3.

<https://doi.org/10.1097/01.asw.0000802864.20939.2d>

Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*.

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>



Prévention de la thromboembolie veineuse

Année de publication: 2024

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Évaluation du risque

L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.

CONSEILS

Conseils du test de conformité 1 : Le repérage est une pratique succincte, fondée sur des données probantes, qui permet d'identifier de manière proactive les besoins et les risques de santé d'un usager susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie.

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de thromboembolie veineuse d'un usager. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme celui où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Les outils de repérage sélectionnés identifient les facteurs de risque de thromboembolie veineuse, tels que les antécédents de thromboembolie veineuse, la mobilité réduite, l'âge avancé, les problèmes de santé et toutes formes d'intervention y compris les procédures chirurgicales.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer le risque de thromboembolie veineuse chez tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

Conseils du test de conformité 2 : Les outils d'aide à la décision clinique fournissent à l'équipe, y compris l'usager, des informations fondées sur des données probantes pour faciliter la prise de décision. Les outils d'aide à la décision clinique peuvent être intégrés au sein d'ordonnances pré-établies.

Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'usager peut être à risque de thromboembolie veineuse, des outils d'aide à la décision clinique sont utilisés afin de déterminer les interventions requises. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'usager peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

Les informations recueillies grâce aux outils d'aide à la décision clinique sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'usager et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.



Évaluation du risque

Conseils du test de conformité 3 : Les interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse s'appuient sur les outils d'aide à la décision clinique et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- des stratégies quotidiennes comme l'hydratation, la mobilisation, le positionnement et le port de vêtements amples;
- des stratégies à plus long terme comme le maintien d'un poids santé et l'évitement d'un mode de vie sédentaire;
- une thromboprophylaxie pharmacologique;
- une thromboprophylaxie mécanique, comme l'utilisation d'un dispositif pneumatique intermittent.

Le moment de l'initiation, la durée et les exigences de veille des interventions thromboprophylactiques sont précisés et adaptés aux caractéristiques de l'utilisateur. Les caractéristiques de l'utilisateur peuvent comprendre le risque de saignement, le poids, les fonctions physiologiques et les facteurs de risque comme les chutes et l'intégrité de la peau.

Les interventions sélectionnées sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible. Les interventions sont évaluées périodiquement et consignées. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

Conseils du test de conformité 4 : Il est question de thromboembolie veineuse nosocomiale lorsqu'un caillot de sang dans une veine ou dans les poumons est causé par une intervention de soins.

La procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres autorisés de l'équipe dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils du test de conformité 5 : Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir la thromboembolie veineuse. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.



Évaluation du risque

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- l'importance de la prévention de la thromboembolie veineuse;
- les orientations actuelles sur l'identification du risque de thromboembolie veineuse chez les usagers et les stratégies préventives appropriées, y compris les interventions pharmacologiques et mécaniques;
- la déclaration des incidents thromboemboliques veineux nosocomiaux comme incidents et accidents.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose d'un temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

Conseils du test de conformité 6 : L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :

- des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- l'évaluation des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse;
- l'analyse des causes profondes des incidents liés à la thromboembolie veineuse dans le cadre de prestation de soins et services de santé;
- la rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant la prévention de la thromboembolie veineuse.
- La rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention de la thromboembolie.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.



TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.
2. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour l'utilisation des outils d'aide à la décision clinique afin de déterminer les interventions requises pour un usager dont le repérage du risque de thromboembolie veineuse est positif.
3. L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.
4. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident survenu lors de la prestation des soins et services.
5. L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention de la thromboembolie veineuse.
6. L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention de la thromboembolie veineuse dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Abboud J et coll. (2020). « Prevention of health care associated venous thromboembolism through implementing VTE prevention clinical practice guidelines in hospitalized medical patients: A systematic review and meta-analysis », *Implementation Science* 15.

<https://doi.org/10.1186/s13012-020-01008-9>

Afshari A et coll. (2018). « European guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis: Executive summary », *European Journal of Anaesthesiology*, vol. 35, n° 2.

<https://doi.org/10.1097/eja.0000000000000729>

Agency for Healthcare Research and Quality. (2022). *The Johns Hopkins Venous Thromboembolism (VTE) Collaborative studies and implements methods to prevent avoidable cases of hospital associated VTE.*

<https://psnet.ahrq.gov/innovation/johns-hopkins-venous-thromboembolism-vte-collaborative-studies-and-implements-methods>

Anderson DR et coll. (2019). « American Society of Hematology 2019 guidelines for management of venous thromboembolism: Prevention of venous thromboembolism in surgical hospitalized patients », *Blood Advances* vol. 3, n° 23.

<https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2019000975>

Borab ZM et coll. (2017). « Use of computerized clinical decision support systems to prevent venous thromboembolism in surgical patients: A systematic review and meta-analysis », *JAMA Surgery* vol. 52, n° 7.

<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0131>

Brewer CF et coll. (2019). « Reducing inappropriately suspended VTE prophylaxis through a multidisciplinary shared learning programme and electronic prompting », *BMJ Open Quality* vol. 8, n° 1.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000474>



Évaluation du risque

Cardoso LF et coll. (2016). « Results of a venous thromboembolism prophylaxis program for hospitalized patients », *Vascular Health and Risk Management* vol. 2.

<https://doi.org/10.2147%2FVHRM.S101880>

Cassidy MR et coll. (2016). « Patterns of failure of a standardized perioperative venous thromboembolism prophylaxis protocol », *Journal of the American College of Surgeons* vol. 222, n° 6.

<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.12.022>

Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Venous thromboembolism (blood clots)*.

<https://www.cdc.gov/ncbddd/dvt/ha-vte.html>

Da Silva LM et coll. (2021). « Comparison of strategies for adherence to venous thromboembolism prophylaxis in high-risk surgical patients: A before and after intervention study », *BMJ Open Quality* vol. 0, n° 4.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-001583>

Haac BE et coll. (2017). « Patient preferences for venous thromboembolism prophylaxis after injury: A discrete choice experiment », *BMJ Open* vol. 7, n° 8.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016676>

Haut ER. (2018). « Effect of real-time patient-centered education bundle on administration of venous thromboembolism prevention in hospitalized patients », *JAMA Network Open* vol. 1, n° 7.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4741>

Institute for Safe Medication Practices. (2019). « Death associated with unnecessary continuation of venous thromboembolism (VTE) prophylaxis after hospital discharge », *Long-Term Care AdviseERR* vol. 7, n° 1.

<https://www.ismp.org/long-term-care/medication-safety-alert-januaryfebruary-2019>

Kahn SR. (2019). « Effectiveness of interventions for the implementation of thromboprophylaxis in hospitalised patients at risk of venous thromboembolism: An updated abridged Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials », *BMJ Open* vol. 9, n° 5.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024444>

Maynard G. (2016). « Preventing hospital-associated venous thromboembolism: A guide for effective quality improvement » (2^e éd.), Agency for Healthcare Research and Quality.

<https://ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/vteguide.pdf>

Nana M et coll. (2020). « Multidisciplinary, patient-centred approach to improving compliance with venous thromboembolism (VTE) prophylaxis in a district general hospital », *BMJ Open Quality* vol. 9, n° 3.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000680>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Venous thromboembolism in over 16s: Reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism* (ligne directrice NICE [NG89]).

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng89>

Queensland Health. (2018). *Guideline for the prevention of venous thromboembolism (VTE) in adult hospitalised patients*.

https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0031/812938/vte-prevention-guideline.pdf

Rognoni C et coll. (2021). « Clinical guidelines versus current clinical practice for the management of deep vein thrombosis », *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders* », vol. 9, n° 5.

<https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2021.01.020>



Évaluation du risque

Ruiz-Talero P et coll. (2020). « Improving compliance to clinical practice guidelines with a multifaceted quality improvement program for the prevention of venous thromboembolic disease in nonsurgical patients », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 32, n° 5.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa037>

Shapiro S et coll. (2019). « Interventional bundle for venous thromboembolism prevention: Ensuring quality and effectiveness », *BMJ Open Quality*, vol. 8, n° 2.
<https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2018-000459>

Thrombose Canada. (s.d.). *Clinical guides* [collection of guides on thrombosis-related topics].
https://thrombosiscanada.ca/hcp/practice/clinical_guides

Woller SC et coll. (2018). « Electronic alerts, comparative practitioner metrics, and education improve thromboprophylaxis and reduce venous thrombosis in community hospitals », *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, vol. 2, n° 3.
<https://doi.org/10.1002/rth2.12119>

Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*.
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>



Programme de prévention du suicide

Année de publication: 2023

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Évaluation du risque

Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'équipe fait preuve des compétences requises pour adhérer aux procédures organisationnelles sur le dépistage, l'évaluation, l'intervention requise, le plan de sécurité et le suivi approprié de l'utilisateur afin de prévenir le suicide.

CONSEILS

Conseils du test de conformité 1 : L'équipe effectue régulièrement des vérifications de sécurité de l'environnement physique afin de réduire les risques pour les usagers, les personnes proches aidants et la main-d'œuvre, quel que soit le milieu de soins. Les usagers et leurs personnes proches aidantes participent à l'identification des risques et à la détermination des mesures à prendre afin d'assurer leur sécurité, quel que soit le milieu de soins.

Les vérifications de sécurité sont effectuées de manière transparente et les résultats sont mis à la disposition des parties prenantes concernées. L'équipe travaille au maintien d'un environnement sécuritaire pour tous.

Conseils du test de conformité 2 : La formation et l'enseignement sont fondamentaux afin de permettre à une équipe de procéder au repérage, à l'évaluation et à la planification de la sécurité pour la prévention du suicide, y compris la planification des soins et services pour les populations présentant un risque suicidaire. Il est important d'avoir les compétences, les comportements et les attitudes appropriés, afin d'évaluer le risque suicidaire, réaliser les interventions appropriées et fournir des soins et services de postvention.

L'équipe reçoit une formation sur la sécurisation culturelle afin de fournir des soins et services de prévention du suicide et de soutien qui correspondent aux objectifs, aux capacités et aux préférences de la population qu'elle dessert.

Conseils du test de conformité 3 : L'équipe effectue un repérage du risque suicidaire comme étape initiale afin de déterminer la nécessité de poursuivre avec une évaluation du risque suicidaire et une intervention. Elle met ensuite en œuvre le suivi approprié en cas d'un résultat positif.

Les informations recueillies lors du repérage du risque suicidaire sont consignées dans le dossier de l'utilisateur afin que les membres appropriés de l'équipe puissent facilement y accéder.

Les outils de repérage du risque suicidaire sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins dans lequel le repérage est effectué. Dans certains milieux de soins, le repérage universel, c'est-à-dire le repérage de tous les usagers qui sont en contact avec l'établissement, peut être approprié lorsqu'il s'agit d'identifier ceux qui ne se seraient pas autrement identifiés comme suicidaires ou présentant un risque de suicide. Cependant, le repérage sélectif des usagers présentant des signes avant-coureurs ou des facteurs de risque suicidaire ou qui sont en détresse physique ou mentale peut être plus approprié dans d'autres milieux.



Évaluation du risque

Conseils du test de conformité 4 : Lorsque le repérage décèle un risque de suicide, l'utilisateur est maintenu en sécurité, une évaluation du risque suicidaire est effectuée en temps opportun et un plan de sécurité est élaboré avec ce dernier. L'équipe peut orienter l'utilisateur vers une personne qui détient les compétences requises, au sein ou à l'extérieur de l'établissement, afin qu'elle procède à une évaluation du risque suicidaire. Cette personne est un membre compétent de l'équipe qui possède les compétences, les attitudes et les comportements nécessaires afin d'effectuer l'évaluation du risque suicidaire. L'équipe adhère aux lignes directrices appropriées pour l'orientation vers l'expert en la matière afin de s'assurer qu'elle est opportune et complète et qu'elle est fondée sur le niveau de risque identifié lors du repérage.

Le risque suicidaire est plus élevé lors des transitions de soins et services et constitue un obstacle possible à la prestation de soins et services sécuritaires. Lorsqu'une transition de soins et services est nécessaire, l'équipe s'assure que les informations pertinentes aux soins et services de l'utilisateur sont communiquées efficacement. Il existe un risque pour la sécurité lors de la transition des soins et services lorsque les informations pertinentes ne sont pas transférées de manière appropriée.

Conseils du test de conformité 5 : En fonction du résultat du repérage ou de l'évaluation du risque suicidaire, l'équipe élabore un plan de sécurité individualisé pour la prévention du suicide qui :

- Inclut les raisons de vivre («Qu'est-ce qui est important pour l'utilisateur?»)
- Est culturellement sécuritaire
- Tient compte des comportements imminents qui peuvent causer un préjudice à soi-même ou à autrui
- Identifie les signes avant-coureurs propres à la personne
- Assure que la personne reçoit les soins et services dans le milieu le plus sécuritaire.
- Identifie le proche aidant, ou le prestataire de soins et services le plus pertinent à appeler en cas d'urgence ou lorsque qu'une assistance est nécessaire.
- Fournit des informations sur l'accès aux ressources locales en cas de crise.
- Met l'accent sur la réduction de l'accès aux moyens létaux (pouvant inclure les surdoses de médicaments, les produits chimiques dangereux et les armes).

Le plan de sécurité individualisé est fondé sur les besoins et le niveau de risque de l'utilisateur et peut inclure une recommandation de transition des soins et services. L'objectif sous-jacent du plan de sécurité est d'assurer le soutien continu et la sécurité de l'utilisateur.

Le plan de sécurité individualisé est documenté et partagé avec l'utilisateur et les membres appropriés de l'équipe et peut être accessible aux personnes proches aidantes ou au contact actif avec le consentement de l'utilisateur. Le plan de sécurité individualisé comprend toute planification de la transition des soins et services. Le plan de sécurité individualisé est régulièrement réévalué. Lorsque cela est possible et cohérent avec le milieu de soins, le plan d'intervention inclut un objectif de rétablissement de l'utilisateur qui vise une atténuation des idées suicidaires récurrentes.



Évaluation du risque

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. Les gestionnaires du programme-services s'assure que l'équipe adhère aux procédures organisationnelles afin de réduire les risques de sécurité et assurer un environnement sécuritaire pour tous.
2. Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que l'équipe reçoive une formation et un enseignement appropriés afin de fournir des services sécuritaires de prévention du suicide.
3. Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'équipe effectue un repérage normalisé du risque suicidaire, en utilisant des outils fondés sur des données probantes fournis par les gestionnaires de l'établissement.
4. Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que l'équipe oriente les usagers dont le résultat du repérage du risque de suicide s'avère positif vers une personne qui détient les compétences requises pour réaliser une évaluation du risque suicidaire et mettre en place un plan de sécurité approprié.
5. Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que l'équipe élabore un plan de sécurité individualisé, fondé sur les objectifs, les capacités et les préférences de l'utilisateur.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Santé Canada (2009). Prévention du suicide. Santé Canada.

Lynch, M. A., Howard, P. B., El-Mallakh, P., et Matthews, J. M. (2008). Évaluation et prise en charge des patients hospitalisés et suicidaires (Assessment and management of hospitalized suicidal patients). J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. (revue sur les soins infirmiers en contexte psychosocial et les services de santé mentale), vol. 46, p. 45-52.

Steele, M. M. et Doey, T. (2007). Comportements suicidaires chez les enfants et les adolescents. Partie 2: traitement et prévention. Can. J. Psychiatry (revue canadienne sur la psychiatrie), vol. 52, p. 35S-45S.

Centre de ressources sur la prévention du suicide. (2015). Le rôle des professionnels âgés vivant dans la communauté en matière de prévention du suicide. Centre de ressources sur la prévention du suicide. Washington, DC.

Organisation mondiale de la Santé (2012). Prévention du suicide : Ressource à plusieurs volets. Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse :

Organisation mondiale de la Santé. (2014). Prévention du suicide : L'état d'urgence mondial Genève, Suisse.



Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention

Année de publication: 2024

Secteurs liés à la sécurité des usagers : Évaluation du risque

L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent.

CONSEILS

Conseils du test de conformité 1 : Un environnement physique intérieur et extérieur sécuritaire, libre d'obstacles, est essentiel afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.

Les procédures organisationnelles sont à jour, fondées sur des données probantes et sont conformes aux exigences des autorités compétentes. Les procédures identifient les actions qui doivent être effectuées afin d'offrir un environnement physique sécuritaire, notamment celles :

- de maintenir les planchers propres et secs et de nettoyer rapidement les liquides répandus;
- d'offrir des aides à la mobilité et des meubles adaptés selon la population desservie;
- de veiller à ce que les éléments structurels qui améliorent la sécurité et l'accessibilité soient en place et en bon état de fonctionnement, comme les rampes, les mains courantes, les barres d'appui, les revêtements de sol antidérapants et un éclairage adéquat;
- de réduire au minimum l'encombrement et le désordre;
- d'effectuer des vérifications de sécurité régulières des milieux de soins, et des espaces publics comme les aires de restauration, les entrées et les aires de stationnement

En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur est encouragé à poser des questions, à faire part de ses préoccupations et à participer aux conversations sur la sécurité de l'environnement physique.

Conseils du test de conformité 2 : Le repérage est une pratique succincte, fondée sur des données probantes, qui permet d'identifier de manière proactive les besoins et les risques de santé d'un usager susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie.

La procédure organisationnelle identifie les outils de repérage sélectionnés afin de déterminer le risque de chutes de l'utilisateur et de prévenir les blessures qui en découlent. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. La procédure organisationnelle définit également le moment où le repérage est effectué et répété, comme le moment où les soins et services débutent et lorsque l'état de santé d'un usager change.

Dans certains milieux de soins, il peut être pertinent de repérer les risques de chutes et de blessures qui en découlent auprès de tous les usagers recevant des soins et services. Le repérage sélectif des usagers, comme défini au sein de la procédure organisationnelle, peut être plus approprié dans d'autres milieux de soins. Les usagers peuvent utiliser les outils pour procéder au repérage eux-mêmes lorsqu'il est approprié.



Évaluation du risque

Le résultat du repérage est consigné dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Il est communiqué à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

Conseils du test de conformité 3 : Lorsque le résultat du repérage est positif, indiquant que l'utilisateur peut être à risque de chutes ou de blessures qui en découlent, une évaluation complète est effectuée afin de déterminer les interventions requises.

L'évaluation est réalisée en temps opportun et de manière complète, conformément à la procédure organisationnelle. Si l'équipe ne possède pas les compétences requises pour réaliser l'évaluation, l'utilisateur peut être orienté vers un professionnel de santé spécialisé dans un autre établissement ou équipe.

L'évaluation est réalisée à l'aide d'outils d'aide à la décision. Les outils sélectionnés sont fondés sur des données probantes et adaptés au milieu de soins et aux populations desservies. Les outils peuvent inclure des méthodes d'évaluation de la marche, de l'équilibre, de l'humeur, de la vision, de la cognition, de la prise des médicaments, de la comorbidité, des antécédents de chutes, de la gestion des activités de la vie quotidienne et de l'utilisation d'appareils suppléants et de technologie d'appui.

Les informations recueillies au cours de l'évaluation sont consignées dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Ces informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. Les informations sont également communiquées lors des transitions de soins.

Conseils du test de conformité 4 : Les interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent s'appuient sur les résultats de l'évaluation et sur les décisions de l'utilisateur concernant ses soins et services. Les interventions peuvent inclure notamment :

- l'organisation de l'environnement physique de l'utilisateur afin de réduire au minimum l'encombrement et de placer les objets nécessaires à portée de main;
- l'enseignement de techniques d'autogestion de l'utilisateur pour se protéger contre les chutes, comme l'amélioration de sa force musculaire et de son équilibre et lui apprendre à bien tomber sans se faire mal;
- la revue de la pertinence des médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute;
- la fourniture d'équipements ou d'appareils suppléants pour améliorer la sécurité et la mobilité de l'utilisateur

Les interventions sélectionnées respectent la procédure organisationnelle sur l'utilisation de mesures de contrôle.

L'information recueillie au cours de l'évaluation est consignée dans le dossier santé et le plan de soins et services individualisé. Elle est communiquée à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible. L'information est également communiquée lors des transitions de soins.

Conseils du test de conformité 5 : Une culture organisationnelle de la sécurité favorise et soutient la déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services afin d'éviter les préjudices, de réduire les erreurs et d'atténuer leur impact. Les incidents et accidents sont des événements ou des circonstances qui causent ou auraient pu causer un préjudice à un usager. Les chutes et les blessures qui en découlent qui se produisent dans un milieu de soins, ou dans les espaces publics sont déclarées comme incidents et accidents.



Évaluation du risque

La procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents est conforme aux pratiques fondées sur des données probantes et aux exigences des autorités compétentes. La procédure est simple, claire et axée sur l'amélioration des soins et services.

Les incidents et accidents sont consignés dans le dossier santé de l'utilisateur et dans le système de déclaration des incidents et accidents. Les informations sont communiquées à l'utilisateur et aux autres membres de l'équipe autorisés dans un format clair et accessible, conformément à la procédure organisationnelle.

Les incidents et accidents sont utilisés afin d'éclairer le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Conseils du test de conformité 6 : Les activités d'apprentissage continues soutiennent l'équipe à mettre en œuvre des pratiques de sécurité pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent. En tant que membre de l'équipe, l'utilisateur reçoit des informations et des ressources qui lui permettent de participer activement dans ses soins et services, de prendre des décisions éclairées et de gérer sa propre santé.

Si l'établissement propose des stages d'enseignement cliniques, les étudiants, les usagers et les fellows participent aux activités d'apprentissage continues requises avant de prodiguer des soins et services.

Les thèmes d'apprentissage relatifs aux rôles et responsabilités de l'équipe peuvent inclure notamment :

- l'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- les stratégies préventives qui interpellent l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire, comme le partage de l'état de mobilité de l'utilisateur sur son tableau de communication;
- les stratégies qui permettent aux membres de l'équipe de réduire les risques de chutes et de blessures lorsqu'ils offrent un soutien aux usagers;
- ce qu'il faut faire lorsqu'une chute ou une blessure qui en découle se produit dans le milieu de soins, ou dans un espace public, y compris la déclaration d'un incident ou accident.

Les activités d'apprentissage continues sont offertes de diverses manières afin de mobiliser les membres de l'équipe ayant des formations, des compétences et des styles d'apprentissages différents. À titre d'exemples, il peut s'agir de sessions d'apprentissage en mode virtuel, des activités sous forme de simulation, de campagnes de sensibilisation, de pratiques réflexives et d'initiatives de mentorat.

L'équipe participe à l'élaboration et à l'évaluation des activités d'apprentissage continues. L'équipe dispose de temps prévu afin d'y participer, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues. Les activités d'apprentissage continues sont documentées.

Conseils du test de conformité 7 : L'amélioration de la qualité fait intervenir une approche d'équipe afin de comprendre les forces, les possibilités d'amélioration continue, les risques et les défis liés à la prestation de soins et services sécuritaires de haute qualité de l'établissement.

La participation aux activités d'amélioration continue de la qualité comprend le soutien à la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'engagement dans des pratiques réflexives et la rétroaction. Elle comprend également l'identification et la mise en œuvre d'actions qui améliorent le programme de l'établissement visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent.

Les objectifs, les indicateurs et les résultats sont consignés dans le plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les mesures qualitatives et quantitatives peuvent inclure notamment :



Évaluation du risque

- des activités d'observation et des audits de la documentation pour évaluer le respect des procédures organisationnelles visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- l'évaluation des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- l'analyse des causes profondes des incidents et accidents liés aux chutes et aux blessures qui en découlent;
- la rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur le programme visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent;
- la rétroaction de l'équipe, y compris celle de l'utilisateur, sur les activités d'apprentissage continues proposées par l'établissement en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.

Un temps est accordé à l'équipe afin de participer aux initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, d'y réfléchir et de partager les leçons apprises et les expériences vécues.

TEST(S) DE CONFORMITÉ

1. L'équipe suit les procédures organisationnelles pour offrir un environnement physique sécuritaire afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.
2. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de chutes et de blessures qui en découlent.
3. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour s'assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'utilisateur dont le repérage est positif pour le risque de chutes ou de blessures qui en découlent.
4. L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.
5. L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les chutes et les blessures qui en découlent comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.
6. L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.
7. L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention des chutes et à réduire les blessures qui en découlent dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Briggs R et coll. (2022). « Comprehensive geriatric assessment for community-dwelling, high-risk, frail, older people ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012705>

Brullo J et coll. (2022). « Using root cause analysis to inform a falls practice change in the home care setting ». *Home Healthcare Now* vol. 40, n° 1.
<https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000001036>



Évaluation du risque

L'agence des médicaments et des technologies de la santé au Canada. (2019). *Éviter la contention physique chez les personnes âgées hospitalisées : efficacité clinique et lignes directrices*.

<https://www.cadth.ca/fr/eviter-la-contention-physique-chez-les-personnes-agees-hospitalisees-efficacite-clinique-et-lignes>

Dove K, McAnallen D. (2016). *Paediatric falls risk assessment & prevention strategy*. Hôpital pour enfant du Centre des sciences de la santé de London.

https://www.lhsc.on.ca/doc/orientation/falls/presentation_content/external_files/Paediatric%20Falls%20Power%20Point.pdf

Dykes PC et coll. (2020). « Evaluation of a patient-centered fall-prevention tool kit to reduce falls and injuries: A nonrandomized controlled trial ». *JAMA Network Open*, vol. 3, n° 11.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25889>

Gianoudis J et coll. (2012). « Osteo-cise: Strong bones for life: Protocol for a community-based randomised controlled trial of a multi-modal exercise and osteoporosis education program for older adults at risk of falls and fractures ». *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 28, n° 13.

<https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-78>

Goh Jing Wen et coll. (2020). « Effectiveness of falls prevention education on its prevention behavior among older adults: A systematic review. » *Indian Journal of Public Health Research & Development*, vol.11, n° 1.

<https://www.i-scholar.in/index.php/ijphrd/article/view/193989>

Heng H et coll. (2020). « Hospital falls prevention with patient education: A scoping review. » *BMC Geriatrics*, vol. 20, n° 14.

<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01515-w>

Lamb SE et coll. (2020). « Screening and intervention to prevent falls and fractures in older people. » *New England Journal of Medicine*, vol. 383, n° 19.

<https://doi.org/10.1056/nejmoa2001500>

Mikos M et coll. (2020). « Falls—The socio-economic and medical aspects important for developing prevention and treatment strategies ». *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, vol. 28, n° 3.

<https://doi.org/10.26444/aaem/122409>

New South Wales (NSW) Government. (s.d.). *Paediatric fall risk assessment*.

https://www.cec.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/258190/NSW-Health-Paediatric-Fall-Risk-Assessment.pdf

Oliver D et coll. (2004). « Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: A systematic review ». *Age and Ageing*, vol. 33, n° 2.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afh017>

Ontario Neurotrauma Foundation. (2020). *Screening and assessment tools for falls in older adults in Ontario*.

https://parachute.ca/wp-content/uploads/2022/04/OFPC-Knowledge-Group-Report_v03-21-UA.pdf

Park SH. (2018). « Tools for assessing fall risk in the elderly: A systematic review and meta-analysis ». *Aging Clinical and Experimental Research* vol. 30.

<https://doi.org/10.1007/s40520-017-0749-0>

Radecki B et coll. (2018). « Inpatient fall prevention from the patient's perspective: A qualitative study ». *Applied Nursing Research*, vol. 43.

<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.08.001>



Évaluation du risque

Tricco AC et coll. (2019). « Quality improvement strategies to prevent falls in older adults: A systematic review and network meta-analysis ». *Age and Ageing*, vol. 48, n° 3.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afy219>

Wilson M-A et coll. (2022). « Designing and implementing a zero harm falls prevention program: A quality improvement study ». *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 37, n° 3.

<https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000617>

Organisation mondiale de la Santé. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030.

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Step safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course*.

<https://www.who.int/publications/i/item/978924002191-4>



Annexe

Tableau de concordance : Séquences 2-5, Cycle 1 versus 2

Ce tableau présente la concordance entre les POR se trouvant dans les normes utilisées pour les séquences 1 à 5 du cycle 1 (2018-2023) et les POR qui se trouvent dans les chapitres des manuels d'évaluation des programmes-services pour les séquences 1 à 5 du cycle 2 (2023-2027).

		Cycle 1							Cycle 2				
	ACCREDITATION AGRÉMENT CANADA	Séquence 1	Séquence 2	Séquence 3	Séquence 4	Séquence 5		ACCREDITATION AGRÉMENT CANADA	Séquence 1	Séquence 2	Séquence 3	Séquence 4	Séquence 5
Pratiques Organisationnelles Requises (POR)							Pratiques Organisationnelles Requises (POR)						
CULTURE DE SÉCURITÉ							CULTURE DE SÉCURITÉ						
Reddition de comptes en matière de qualité		✓					Responsabilité liée à la qualité des soins et services		✓*				
Divulgence des événements		✓					Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers		✓				
Gestion des événements		✓	✓	✓	✓	✓	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers		✓				
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers		✓											
COMMUNICATION							COMMUNICATION						
Identification des usagers			✓	✓	✓	✓	Identification des usagers			✓	✓	✓	✓
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées		✓					Liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés		✓				
Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique		✓					Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique		✓				
BCM aux points de transition des soins - <i>Soins à domicile et soins de santé communautaire</i>			✓	✓	✓	✓	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins						
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			✓	✓		
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire			✓	✓			Transfert de l'information aux points de transition des soins			✓	✓	✓	✓
Transfert de l'information aux points de transition des soins			✓	✓	✓	✓	UTILISATION DES MÉDICAMENTS						
UTILISATION DES MÉDICAMENTS							UTILISATION DES MÉDICAMENTS						
Gérance des antimicrobiens		✓					Gérance des antimicrobiens		✓				
Électrolytes concentrés		✓					Gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé		✓				
Médicaments de niveau d'alerte élevé		✓											
Sécurité liée à l'héparine		✓					Limiter les formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée		✓				
Sécurité liée aux narcotiques		✓											
Sécurité liée aux pompes à perfusion			✓	✓	✓	✓							



Évaluation du risque

Tableau de concordance : Séquences 2-5, Cycle 1 versus 2 (SUITE)

Cycle 1						Cycle 2					
 ACCREDITATION AGRÉMENT CANADA Pratiques Organisationnelles Requises (POR)						 ACCREDITATION AGRÉMENT CANADA Pratiques Organisationnelles Requises (POR)					
	Séquence 1	Séquence 2	Séquence 3	Séquence 4	Séquence 5		Séquence 1	Séquence 2	Séquence 3	Séquence 4	Séquence 5
MILIEU DE TRAVAIL OU EFFECTIFS						MILIEU DE TRAVAIL OU EFFECTIFS					
Programme d'entretien préventif	✓					Programme d'entretien préventif	✓				
Prévention de la violence en milieu de travail	✓					Prévention de la violence en milieu de travail	✓				
Cheminement des usagers	✓	✓	✓	✓	✓	Cheminement des usagers (v2021)	✓	✓	✓	✓	✓
Plan de sécurité des usagers	✓										
Sécurité des usagers : formation et perfectionnement	✓					Sécurité des usagers : formation et perfectionnement	✓				
CONTRÔLE DES INFECTIONS						CONTRÔLE DES INFECTIONS					
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	✓	✓	✓	✓	✓	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	✓				
						Améliorer les pratiques d'hygiène des mains			✓	✓	✓
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	✓	✓	✓	✓	✓	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	✓				
Taux d'infection	✓					Taux d'infection	✓				
Retraitement	✓										
						Nettoyage et désinfection de bas niveau de l'équipement médical	✓				
ÉVALUATION DES RISQUES						ÉVALUATION DES RISQUES					
Prévention des chutes et réduction des blessures - <i>Milieu hospitalier</i>		✓	✓	✓	✓	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention		✓	✓	✓	✓
Prévention des chutes et réduction des blessures - <i>Soins de longue durée</i>				✓	✓						
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile		✓	✓	✓	✓	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile		✓	✓	✓	✓
Prévention des plaies de pression			✓	✓	✓	Optimiser l'intégrité de la peau		✓	✓	✓	✓
Soins de la peau et des plaies			✓	✓	✓						
Prévention du suicide		✓	✓	✓	✓	Programme de prévention du suicide		✓	✓	✓	✓
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)			✓	✓	✓	Prévention de la thromboembolie veineuse		✓	✓	✓	✓

✓ dans le Chapitre 1: Excellence des soins et services
 ✓* dans le Chapitre 1: Gouvernance - évaluation suspendue dans le cadre des visites de 2024

Ce tableau présente la concordance entre les POR se trouvant dans les normes utilisées pour les séquences 1 à 5 du cycle 1 (2018-2023) et les POR qui se trouvent dans les chapitres des manuels d'évaluation des programmes-services pour les séquences 1 à 5 du cycle 2 (2023-2027).