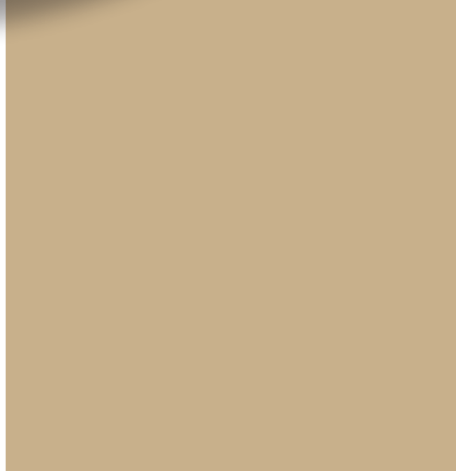


PORs



Pratiques organisationnelles requises

Septembre 2011



ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

Driving Quality Health Services
Force motrice de la qualité des services de santé



APERÇU	1
À PROPOS DU MANUEL SUR LES POR	2

CULTURE DE SÉCURITÉ

Analyse prospective liée à sécurité des patients.....	3
Divulgarion des événements indésirables	4
Mécanisme de déclaration des événements indésirables.....	6
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients.....	7
Sécurité des patients sous forme de priorité stratégique	8

COMMUNICATION

Abréviations dangereuses	9
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle	
➔ <i>Pour les normes de la section Efficacité organisationnelle ou Leadership</i>	10

Bilan comparative des médicaments à l'admission	
➔ <i>Pour les sections de normes autres que les suivantes : Soins ambulatoires, Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer, Services de gestion des cas, Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients, Efficacité organisationnelle, Services des urgences, Soins et services à domicile, Normes sur la direction</i>	12

➔ <i>Pour les normes à l'intention des services des urgences</i>	14
--	----

➔ <i>Pour les services de soins ambulatoires et les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer</i>	16
---	----

➔ <i>Pour les services de gestion des cas, les services de santé mentale communautaires et de soutien offert aux clients et les soins et services à domicile</i>	18
--	----

Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (anciennement nommée <i>Bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert</i>)	
--	--

➔ <i>S'adresse aux équipes de soins ambulatoires, de services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer, de services de gestion des cas, de services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients et de soins et services à domicile.</i>	20
---	----

➔ <i>S'adresse aux équipes qui utilisent les services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales et aux équipes de services de traitement du cancer et d'oncologie, de services de soins intensifs, de services des urgences, de services palliatifs et de services de fin de vie, de services de médecine et périnatalité, de services d'obstétrique, de services de réadaptation, de services de toxicomanie et de lutte contre l'obsession du jeu, et de services de chirurgie.</i>	22
---	----

➔ <i>S'adresse aux équipes de soins de longue durée</i>	25
---	----

Deux identificateurs de client	
➔ <i>S'adresse aux équipes qui utilisent des normes autres que celles sur la gestion des médicaments.</i>	28

➔ <i>Pour les normes sur la gestion des médicaments</i>	29
---	----

Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire	30
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés	32
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité	34
Transfert de l'information.....	35

UTILISATIONS DES MÉDICAMENTS

Concentrations de médicaments	36
Électrolytes concentrés	37
Formation sur les pompes à perfusion	38
Sécurité liée à l'héparine	39
Sécurité liée aux narcotiques	40

MILIEU DE TRAVAIL ET EFFECTIFS

Plan de sécurité des patients	41
Prévention de la violence en milieu de travail	42
Programme d'entretien préventif	44
Sécurité des patients : formation et perfectionnement	45
Sécurité des patients : rôles et responsabilités	46

PRÉVENTIONS DES INFECTIONS

Directives sur la prévention des infections	47
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains.....	48
Processus de stérilisation	49
Taux d'infection	50
Vaccin antigrippal	51
Vaccin antipneumococcique.....	52
Vérification de l'hygiène des mains	53

ÉVALUATION DES RISQUES

Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	54
Prévention des plaies de pression	55
Prévention du suicide	56
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)	57
Stratégie de prévention des chutes	59

TABLEAU DES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES

REQUISES	61
INDEX	62

Agrément Canada définit une pratique organisationnelle requise (POR) comme étant une pratique essentielle qui doit être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des patients et pour minimiser les risques.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, les POR sont des composantes primordiales de la sécurité des patients et de l'amélioration de la qualité.

Les POR sont revues une fois par année et mises à jour au besoin. Les nouvelles POR sont élaborées selon les recommandations de comités consultatifs d'experts et à la suite de consultations auprès d'un secteur en particulier.

Elles sont regroupées dans six secteurs liés à la sécurité des patients; 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 des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum.
- **UTILISATION DES MÉDICAMENTS** : Assurer l'utilisation sécuritaire des médicaments à risques élevés.
- **MILIEU DE TRAVAIL ET EFFECTIFS** : Créer un milieu de travail et un environnement physique qui appuient la prestation sécuritaire des soins et services.
- **PRÉVENTION DES INFECTIONS** : Réduire les risques d'infections nosocomiales, ainsi que leurs répercussions dans l'ensemble du continuum des soins et services.
- **ÉVALUATION DES RISQUES** : Cerner les risques liés à la sécurité et propres à la clientèle desservie.

Agrément Canada a commencé à élaborer des POR en 2004 sous la direction de son Comité consultatif sur la sécurité des patients. Le travail initial comprend des analyses documentaires effectuées à l'échelle nationale et internationale afin de déterminer les principaux secteurs présentant des risques en ce qui a trait à la sécurité des patients et les meilleures pratiques; il comprend également l'analyse des résultats des visites d'agrément portant sur la sécurité des patients et les questions de conformité, ainsi que de la recherche sur les activités connexes menées dans d'autres organismes d'agrément internationaux. Avant d'être diffusée dans le milieu, chaque POR est soumise à une mise à l'essai exhaustive, et fait l'objet de consultations et de commentaires des comités consultatifs d'experts, des organismes clients, des visiteurs et d'autres intervenants (par ex., les gouvernements et experts en matière de contenu).

Pour de plus amples renseignements sur les POR, sur Agrément Canada ou le Programme d'agrément Qmentum, visitez le lien suivant : www.accreditation.ca.



À PROPOS DU MANUEL SUR LES POR

Pour des raisons de commodité et pour en faciliter l'utilisation, toutes les POR qui font partie des normes ont été réunies dans le présent manuel.

La plupart des POR s'appliquent à plus d'un ensemble de normes, et certaines POR, telles que celles pour le bilan comparatif des médicaments à l'admission, sont souvent adaptées à un service ou à un secteur précis.

Chaque POR dans le présent manuel est présentée de la façon suivante :

- *le nom de la POR :*
par exemple : **Divulgence des événements indésirables**
L'organisme instaure une politique et un processus structurés et transparents de divulgation des événements indésirables aux patients et aux familles, y compris un mécanisme de soutien pour les patients, les familles, le personnel et les prestataires de soins concernés par les événements indésirables.
- *les conseils :*
Les conseils fournissent un contexte et les raisons pour lesquelles les POR sont importantes pour la sécurité des patients et la gestion des risques, les données probantes ainsi que l'information sur les moyens de se conformer aux exigences des tests de conformité.
- *les tests de conformité :*
Les tests de conformité précisent les exigences particulières qui sont évaluées en vue d'établir la conformité à une POR. Il suffit qu'une seule des exigences ne soit pas respectée pour que cela entraîne une cote de non-conformité.
- *les documents de référence :*
Cette section présente les sources des données probantes qui ont été utilisées pour élaborer la POR de même que des outils et des ressources qui aideront les organismes à se conformer aux exigences.



ANALYSE PROSPECTIVE LIÉE À SÉCURITÉ DES PATIENTS

L'organisme mène au moins une analyse prospective liée à la sécurité des patients et met en œuvre les améliorations appropriées.

CONSEILS

Des preuves démontrent que la tenue systématique d'analyses prospectives au sujet des événements indésirables possibles s'avère une méthode efficace pour éviter ou réduire les erreurs. Le principe sur lequel repose la réduction de ces événements est l'élimination des actes et des conditions non sécuritaires pouvant entraîner des événements potentiellement graves. Dans une étude menée par Nickerson, on a appliqué l'analyse des modes de défaillance et de leurs effets (FMEA) à deux situations à risques élevés, soit les erreurs de transcription des médicaments des patients hospitalisés et le congestionnement de la salle d'urgence. Les résultats ont révélé une importante amélioration.

Il existe de nombreux outils et techniques pour effectuer une analyse prospective. L'un de ces outils la FMEA, une approche méthodique et proactive axée sur l'équipe, qui permet de cerner les situations qui pourraient entraîner la défaillance d'un processus ou d'un plan, les raisons expliquant la défaillance possible, les effets de celle-ci et les manières de rendre la démarche plus sûre. Parmi les autres méthodes d'analyse proactive des processus clés, mentionnons l'analyse par arbre des causes, l'analyse des risques fonctionnels, les simulations et le modèle Erreurs d'omissions de Reason.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Au moins une analyse prospective a été effectuée dans l'année.
- L'organisme utilise l'information obtenue de l'analyse pour apporter des améliorations.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Mistake-Proofing the Design of Healthcare Processes. AHRQ. U.S. Department of Health and Human Services. 2007. <http://www.ahrq.gov/qual/mistakeproof/mistakeproofing.pdf>
- (2) Nickerson T. Jenkins M. Greenall. Using ISMP Canada's framework for failure mode and effects analysis: a tale of two FMEAs. J. Healthcare Quarterly. 2008;11(3, No spéc.): 40-6.
- (3) Laura M, Ponzeth C. FMEA: A model for reducing errors. Clinica Chimica Acta. 2009;p. 404.
- (4) Spath PL. Using failure mode and effects analysis to improve patient safety. AORN Journal. 2003;78(1), p. 16 à 37; quiz 41-4.



DIVULGATION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

L'organisme instaure une politique et un processus structurés et transparents de divulgation des événements indésirables aux patients et aux familles, y compris un mécanisme de soutien pour les patients, les familles, le personnel et les prestataires de soins concernés par les événements indésirables.

CONSEILS

Les recherches démontrent qu'il existe un lien solide entre la satisfaction des clients face à la façon dont les événements indésirables sont traités par un organisme et la présence d'un processus transparent de divulgation. Si la divulgation des événements indésirables se fait en temps opportun et avec transparence, cela peut contribuer à ce que le client maintienne de bonnes relations avec cet organisme de soins de santé, le personnel et les prestataires de services, ainsi qu'à réduire le risque d'en arriver à un conflit juridique.

Les principaux éléments de la divulgation comprennent la discussion au sujet de l'événement indésirable avec le client, la famille, ainsi que le personnel ou les prestataires de services pertinents, le fait de reconnaître que l'événement est survenu et la présentation d'excuses se rattachant à cet événement, l'examen des mesures prises pour atténuer les circonstances entourant l'événement, la discussion au sujet des mesures correctives adoptées pour éviter que ce type d'événement ne se reproduise, la réponse aux questions des patients, des familles, du personnel et des prestataires de services, et le counseling offert au personnel, aux prestataires de services et aux clients impliqués dans l'événement ou touchés par l'événement.

Les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation, publiées par l'Institut canadien sur la sécurité des patients, constituent une ressource qui a pour but d'encourager et d'appuyer les prestataires de soins de santé, les équipes interdisciplinaires et les organismes de réglementation à élaborer et à mettre en oeuvre des politiques, des pratiques et méthodes de formation sur la divulgation. On peut y accéder sur le site Web de l'ICSP.

La politique et le processus de divulgation sont conformes aux lois applicables et aux protections qu'offre la loi.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Il existe une politique écrite sur la divulgation des événements indésirables aux clients et aux familles.
- La politique de divulgation prévoit des mécanismes de soutien pour les clients, les familles, le personnel et les prestataires de services.
- Des preuves démontrent qu'il existe un processus de divulgation des événements indésirables aux clients, aux familles, au personnel et aux prestataires de services.

(Suite à la prochaine page)



Divulgence des événements indésirables(Suite)

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Iedema R, Sorensen R, Manias E, Tuckett A, Piper D, Nadine M, Williams A, Jorm C. Patients' and Family Members' Experiences of Open Disclosure Following Adverse Events. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008;20(6), p.421 à 432.
- (2) Iedema R. A New Structure of Attention? Open Disclosure of Adverse Events to Patients and Their Families. *Journal of Language and Social Psychology*. 2009;28(2): p. 139 à 157.
- (3) Trombly ST. Adverse Events Require Communication and Disclosure. 2006. <http://www.apsf.org>
- (4) Steve S. Kraman, MD, and Ginny Hamm, JD. Risk Management: Extreme Honesty May Be the Best Policy. *Annals of internal medicine*. 1999;131:1212, p. 963 à 967.
- (5) R. Chafe, W. Levinson, and T. Sullivan. Disclosing errors that affect multiple patients. *Can. Med. Assoc. J*. 2009;180(11): p. 1125 à 1127.
- (6) Institut canadien pour la sécurité des patients. Lignes directrices Canadiennes relatives à la divulgation des événements indésirables. Mai 2008. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/disclosure/Documents/Canadian%20Disclosure%20Guidelines%20FR.pdf>



MÉCANISME DE DÉCLARATION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

L'organisme établit un mécanisme de déclaration des événements indésirables, des événements sentinelles, t des incidents ou accidents évités de justesse, y compris un processus de suivi approprié. Le mécanisme de déclaration est conforme aux lois applicables et aux protections qu'offre la loi.

CONSEILS

Un événement indésirable s'avère un incident imprévu et indésirable directement lié aux soins et services offerts au client. L'incident survient au cours du processus pendant lequel le client reçoit des services de santé. L'événement indésirable est une conséquence indésirable, une blessure ou une complication subie par le client.

Un événement sentinelle est un événement indésirable qui mène à un décès ou à une perte de fonction durable pour la personne qui reçoit des services de santé. Par perte de fonction importante ou durable on entend une déficience d'ordre sensoriel, moteur, physiologique ou psychologique qui n'existait pas quand la personne a demandé des services ou au début des services, p. ex. si un client décède ou subit un préjudice en raison d'une erreur liée aux médicaments.

Un incident évité de justesse est un événement ou une situation qui aurait pu entraîner un accident, une blessure ou une maladie chez un client, mais qui n'est pas survenu en raison d'une circonstance fortuite ou d'une intervention en temps opportun.

Le mécanisme de déclaration pour les événements indésirables, les événements sentinelles et les incidents évités de justesse peut faire partie d'un mécanisme de déclaration des incidents plus général.

Le mécanisme de déclaration des événements indésirables, des événements sentinelles et des incidents ou accidents évités de justesse a pour but de tirer des leçons de ces événements, d'empêcher qu'ils se produisent à nouveau et de renforcer la culture de sécurité.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Il existe une politique et un processus pour signaler les événements indésirables, les événements sentinelles et les accidents ou incidents évités de justesse.
- Des améliorations sont effectuées après une enquête ou un suivi.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Glossaire canadien sur la prestation sécuritaire des soins et services au patient. 2003.
- (2) Agrément Canada. Guide de référence sur les événements sentinelles.
- (3) Report on the Quality Interagency Coordination Task Force to the President. Doing What Counts for Patient Safety: federal actions to reduce medical errors and their impact. United States. 2000



RAPPORTS TRIMESTRIELS SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Les dirigeants de l'organisme fournissent au conseil d'administration des rapports trimestriels sur la sécurité des patients, y compris des recommandations découlant des enquêtes sur les incidents indésirables et du suivi qui a leur a été accordé, et sur les améliorations qui ont été apportées.

CONSEILS

Le conseil d'administration de chaque organisme assume la responsabilité définitive de la qualité et de la sécurité des services de santé. La documentation fait ressortir le rôle important que joue un conseil d'administration dans l'instauration d'une culture organisationnelle qui contribue à améliorer la sécurité des clients. Un organisme est plus susceptible de placer la sécurité et l'amélioration de la qualité au coeur des services de santé si le conseil d'administration connaît les questions relatives à la sécurité des clients et aux événements indésirables, et s'il est à la tête des projets d'amélioration de la qualité de l'organisme. De plus, le conseil d'administration doit être informé des mesures de suivi ou des projets d'amélioration qui résultent des événements indésirables. Les données émergentes démontrent que les organismes qui comptent sur une participation active du conseil d'administration au dossier de la sécurité des clients sont en mesure d'obtenir des soins dont les résultats et les processus sont meilleurs.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Des rapports trimestriels sur la sécurité des patients ont été fournis au conseil d'administration.
- Les rapports précisent les activités et les réalisations spécifiques de l'organisme qui viennent appuyer les buts et objectifs en matière de sécurité des patients.
- Des preuves démontrent que le conseil d'administration appuie les activités et les réalisations, et qu'il accorde un suivi aux recommandations présentées dans les rapports trimestriels.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Institute for Healthcare Improvement. Get Boards on Board. <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/BoardsonBoard.htm>
- (2) Reinertsen, J et coll. Seven Leadership Leverage Points for Organization-Level Improvement in Health Care. IHI Innovation Series. 2005. http://www.improvingchroniccare.org/downloads/1.1_seven_leadership_leverage_points.pdf
- (3) Jiang et coll. Board oversight of quality: any differences in process of care and mortality? J Healthcare Management. Janvier - Février 2009, 54(1), p. 15 à 29.



SÉCURITÉ DES PATIENTS SOUS FORME DE PRIORITÉ STRATÉGIQUE

L'organisme adopte la sécurité des patients par écrit, sous forme de priorité ou de but stratégique.

CONSEILS

Il y a un lien important entre l'excellence d'un organisme et la sécurité. La prestation de services sécuritaires figure parmi les principales responsabilités d'un organisme à l'endroit des clients, du personnel et des prestataires. Par conséquent, la sécurité devrait être l'un des sujets traités de façon officielle dans les objectifs stratégiques écrits de l'organisme. Cela peut se faire dans le cadre du plan stratégique, du rapport annuel ou de la liste des buts organisationnels.

TESTS DE CONFORMITÉ

- La sécurité des patients est présentée par écrit comme une priorité ou un but stratégique.
- Des ressources sont allouées pour appuyer l'organisme dans la mise en œuvre du but ou de la priorité stratégique en matière de sécurité des patients.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Health care criteria for performance excellence. Baldrige National Quality Program. 2009.
- (2) Krause et coll. Taking the Lead in Patient Safety: How Healthcare Leaders Influence Behavior and Create Culture. John Wiley and Sons. 2008.



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

ABRÉVIATIONS DANGEREUSES

L'organisme a établi et mis en oeuvre une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés dans l'organisme.

CONSEILS

Les erreurs liées aux médicaments sont la plus grande source d'erreurs médicales identifiée dans les hôpitaux. Entre 2004 et 2006, on a signalé 643 151 erreurs liées aux médicaments au programme United States Pharmacopeia (USP) MEDMARX, avec un coût annuel total de 3,5 milliards de dollars. Cinq pour cent de ces erreurs étaient attribuées à l'utilisation d'abréviations. L'interprétation erronée des abréviations peut entraîner des erreurs d'omission, des doses supplémentaires ou inadéquates, l'administration du mauvais médicament, ou son administration par la voie inadéquate. Cela peut aussi mener à une augmentation de la durée de séjour, à plus d'épreuves diagnostiques et à des changements dans la pharmacothérapie.

TESTS DE CONFORMITÉ

- La liste comprend les abréviations, les symboles et les désignations de dose, qui figurent dans la liste d'éléments à proscrire de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP - <http://www.ismp-canada.org/dangerouseabbreviations.htm>).
- L'organisme se sert de la liste établie et l'applique à tous les documents portant sur les médicaments, qu'ils soient écrits à la main ou saisis à l'ordinateur.
- Les formulaires préimprimés de l'organisme qui sont liés à l'utilisation des médicaments ne comprennent pas d'abréviations, de symboles ou de désignations de dose qui figurent sur la liste.
- Les abréviations dangereuses, les symboles et les désignations de dose ne sont pas utilisés sur les étiquettes et les formulaires produits par la pharmacie.
- L'organisme informe le personnel de l'existence de la liste à l'orientation et lorsque des changements y sont apportés.
- L'organisme fait la mise à jour de la liste et apporte les changements nécessaires à ses processus.
- L'organisme effectue une vérification de la conformité en ce qui concerne la liste et apporte des changements aux processus en fonction des problématiques cernées.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Koczmaro C, Jelincic V, Dueck C. Dangerous abbreviations: "U" can make a difference! Dynamics (Pembroke, ON). 2005; 16(3):11-5.
- (2) Medication safety issue brief. Eliminating dangerous abbreviations, acronyms and symbols. Hosp Health Network. 2005; 79(6):41-2.



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS EN TANT QUE PRIORITÉ ORGANISATIONNELLE

➔ Pour les normes sur l'efficacité organisationnelle et la direction.

L'organisme établit le bilan comparatif des médicaments des clients à l'admission, ainsi qu'au moment du transfert ou du congé.

CONSEILS

Le bilan comparatif des médicaments s'avère un processus structuré au cours duquel les professionnels de la santé travaillent en partenariat avec les clients, les familles et les soignants pour assurer la transmission d'une information exacte et complète sur les médicaments aux points de transition des soins. L'établissement du bilan comparatif est complexe et exige le soutien de tous les paliers d'un organisme et de bon nombre de disciplines à l'intérieur du système.

Le bilan comparatif des médicaments est largement reconnu comme une initiative importante du point de vue de la sécurité. La recherche laisse entendre que, chez plus de 50 % des patients, il y a au moins une anomalie liée aux médicaments à leur admission à l'hôpital, dont plusieurs susceptibles de causer des effets indésirables à la santé. Des preuves démontrent que l'établissement du bilan comparatif des médicaments permet de réduire les risques d'anomalies liées aux médicaments telles que les omissions, les doubles prescriptions et les erreurs de posologie; tandis que des analyses coût-efficacité ont aussi démontré que l'établissement du bilan comparatif s'avère une stratégie extrêmement rentable pour éviter les erreurs liées aux médicaments. D'autres recherches ont permis de constater que l'établissement du bilan comparatif des médicaments, quand il est bien effectué, peut aussi contribuer à réduire la charge de travail et les remaniements associés à la gestion des médicaments du patient.

Au Canada, l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* a désigné le bilan comparatif des médicaments comme une priorité en matière de sécurité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a aussi élaboré un protocole opératoire normalisé pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments parmi ses interventions visant à améliorer la sécurité des patients.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'établissement du bilan comparatif des médicaments est instauré dans un secteur de prestation de services à l'admission.
- L'établissement du bilan comparatif des médicaments est instauré dans un secteur de prestation de services au moment du transfert ou du congé.
- Un plan écrit permet d'instaurer l'établissement du bilan comparatif des médicaments partout dans l'organisme.
- Le plan comprend les endroits et les échéances prévus pour l'instauration de l'établissement du bilan comparatif dans l'ensemble de l'organisme.

(Suite à la prochaine page)



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle (Suite)

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Institute for Healthcare Improvement. How To Guide: Prevent Adverse Drug Events. <<http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/98096387-C903-4252-8276-5BFC181C0C7F/0/ADEHowtoGuide.doc>>
- (2) World Health Organization. High 5s - Action on Patient Safety Getting Started Kit. Assuring Medication Accuracy at Transitions of Care: Medication Reconciliation. <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/en/index.html>>
- (3) Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Trousse En avant : Bilan comparatif des médicaments - Prévention des événements iatrogènes médicamenteux.<[http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec_acute/Documents/BCM%20\(courte%20durée\)%20Trousse20En%20avant.pdf](http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec_acute/Documents/BCM%20(courte%20durée)%20Trousse20En%20avant.pdf)>
- (4) Cornish PL, et coll. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 2005, 165, p. 424 à 429.
- (5) Vira T, et coll. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Healthcare.* 2006, 000, p. 1 à 6.
- (6) Pippins JR, et coll. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *Journal of General Internal Medicine.* 2008, 23, p. 1414.
- (7) Kwan Y, et coll. Pharmacist medication assessments in a surgical preadmission clinic. *Arch Internal Medicine.* 2007, 167, p. 1034 1040.
- (8) Rozich JD, et coll. Standardization as a mechanism to improve safety in healthcare: impact of sliding scale insulin protocol and reconciliation of medications initiatives. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004, 30(1), p. 5 à 14.
- (9) Karnon J, et coll. Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation). *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2009, 15(2), p.299 à 306(8).
- (10) Karapinar-Carkit F, et coll. Effect of medication reconciliation with and without patient counseling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital. *Annals of Pharmacotherapy.* 2009, 43, p.1001.



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

BILAN COMPARATIVE DES MÉDICAMENTS À L'ADMISSION

- ➔ *Pour les sections de normes autres que les suivantes : Soins ambulatoires, Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer, Services de gestion des cas, Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients, Efficacité organisationnelle, Services des urgences, Soins et services à domicile, Normes sur la direction*

L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation du client, de la famille ou du soignant.

CONSEILS

Le bilan comparatif des médicaments s'avère un processus structuré au cours duquel les professionnels de la santé travaillent en partenariat avec les clients, les familles et les soignants pour assurer la transmission d'une information exacte et complète sur les médicaments aux points de transition des soins.

Le processus qui entoure l'établissement du bilan comparatif englobe la production d'une liste complète de tous les médicaments que le patient prenait avant l'admission - le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP). Le MSTP est établi grâce à diverses sources et comprend des renseignements sur les médicaments d'ordonnance, les médicaments en vente libre, les vitamines et suppléments, ainsi que le nom du médicament, la dose, la fréquence et la voie d'administration.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments à l'admission s'inscrit généralement dans l'un des deux modèles suivants : le processus proactif, le processus rétroactif. Il peut aussi s'avérer un mélange des deux.

- Dans le processus proactif, le prescripteur se sert du MSTP pour établir les ordonnances de médicaments à l'admission. Ce processus comprend une vérification qui permet de savoir si chaque médicament du MSTP a été évalué par le prescripteur.
- Dans le processus rétroactif, le MSTP est produit après que les ordonnances des médicaments à l'admission aient été rédigées. Ce processus exige qu'on effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP par rapport aux ordonnances de médicaments à l'admission, et que le prescripteur décèle toute anomalie et rétablisse la situation.

Le bilan comparatif des médicaments est largement reconnu comme une initiative importante du point de vue de la sécurité. Des preuves démontrent que l'établissement du bilan comparatif des médicaments permet de réduire les risques d'erreurs liées aux médicaments telles que les omissions, le doubles prescriptions et les erreurs de posologie. Au Canada, l'initiative Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! a désigné le bilan comparatif des médicaments comme une priorité en matière de sécurité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a aussi élaboré un protocole opératoire normalisé pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments parmi ses interventions visant à améliorer la sécurité des patients.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments est une responsabilité partagée qui doit inclure le client et la famille. La participation des prestataires de soins primaires et des pharmaciens communautaires peut également s'avérer nécessaire.

(Suite à la prochaine page)



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

Bilan comparative des médicaments à l'admission (Suite)

TESTS DE CONFORMITÉ

- Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment de l'admission.
- L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour le client à l'admission.
- Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP pour préparer les ordonnances de médicaments à l'admission (processus proactif), OU l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP par rapport aux ordonnances de médicaments à l'admission (processus rétroactif).
- L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP et des ordonnances de médicaments à l'admission a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.
- Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Institute for Healthcare Improvement. How To Guide: Prevent Adverse Drug Events. <<http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/98096387-C903-4252-8276-5BFC181C0C7F/0/ADEHowtoGuide.doc>>
- (2) World Health Organization. High 5s - Action on Patient Safety Getting Started Kit. Assuring Medication Accuracy at Transitions of Care: Medication Reconciliation. <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/en/index.html>>
- (3) Des soins de santé sécuritaires maintenant! Trousse En avant : Bilan comparatif des médicaments - Prévention des événements iatrogènes médicamenteux. http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/medrec_acute/documents/forms/allitems.aspx
- (4) Cornish PL, et coll. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 2005, 165, p. 424 à 429.
- (5) Vira T, et coll. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Healthcare.* 2006, 000, p. 1 à 6.
- (6) Pippins JR, et coll. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *Journal of General Internal Medicine.* 2008, 23, p. 1414.
- (7) Kwan Y, et coll. Pharmacist medication assessments in a surgical preadmission clinic. *Arch Internal Medicine.* 2007, 167, p. 1034 à 1040.
- (8) Rozich JD, et coll. Standardization as a mechanism to improve safety in healthcare: impact of sliding scale insulin protocol and reconciliation of medications initiatives. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004, 30(1), p. 5 à 14.
- (9) Karnon , J et coll. Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation). *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2009, 15(2), p. 299 à 306(8).
- (10) Karapinar-Carkit F, et coll. Effect of medication reconciliation with and without patient counseling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital. *Annals of Pharmacotherapy.* 2009, 43, p. 1001.



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

BILAN COMPARATIVE DES MÉDICAMENTS À L'ADMISSION

➔ Pour les normes à l'intention des services des urgences

L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments pour les clients qui ont été admis, et ce, de concert avec le client, la famille ou le soignant.

CONSEILS

Le bilan comparatif des médicaments s'avère un processus structuré au cours duquel les professionnels de la santé travaillent en partenariat avec les clients, les familles et les soignants pour assurer la transmission d'une information exacte et complète sur les médicaments aux points de transition des soins.

Le processus qui entoure l'établissement du bilan comparatif englobe la production d'une liste complète de tous les médicaments que le patient prenait avant l'admission - le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP). Le MSTP est établi grâce à diverses sources et comprend des renseignements sur les médicaments d'ordonnance, les médicaments en vente libre, les vitamines et suppléments, ainsi que le nom du médicament, la dose, la fréquence et la voie d'administration.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments à l'admission s'inscrit généralement dans l'un des deux modèles suivants : le processus proactif, le processus rétroactif. Il peut aussi s'avérer un mélange des deux.

- Dans le processus proactif, le prescripteur se sert du MSTP pour établir les ordonnances de médicaments à l'admission. Ce processus comprend une vérification qui permet de savoir si chaque médicament du MSTP a été évalué par le prescripteur.
- Dans le processus rétroactif, le MSTP est produit après que les ordonnances des médicaments à l'admission aient été rédigées. Ce processus exige qu'on effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP par rapport aux ordonnances de médicaments à l'admission, et que le prescripteur décèle toute anomalie et rétablisse la situation.

Le bilan comparatif des médicaments est largement reconnu comme une initiative importante du point de vue de la sécurité. Des preuves démontrent que l'établissement du bilan comparatif des médicaments permet de réduire les risques d'anomalies liées aux médicaments telles que les omissions, les doubles prescriptions et les erreurs de dosage. Au Canada, l'initiative Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! a désigné le bilan comparatif des médicaments comme une priorité en matière de sécurité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a aussi élaboré un protocole opératoire normalisé pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments parmi ses interventions visant à améliorer la sécurité des patients.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments est une responsabilité partagée qui doit inclure le client et la famille. La participation des prestataires de soins primaires et des pharmaciens communautaires peut également s'avérer nécessaire.

(Suite à la prochaine page)



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

Bilan comparative des médicaments à l'admission (Suite)

TESTS DE CONFORMITÉ

- Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments des clients qui ont été admis.
- L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour les clients qui ont été admis.
- Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP pour préparer les ordonnances de médicaments à l'admission (processus proactif), OU l'équipe effectue, en temps opportun une comparaison du MSTP par rapport aux ordonnances de médicaments à l'admission (processus rétroactif).
- L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP et des ordonnances de médicaments à l'admission a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.
- Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Institute for Healthcare Improvement. How To Guide: Prevent Adverse Drug Events. <<http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/98096387-C903-4252-8276-5BFC181C0C7F/0/ADEHowtoGuide.doc>>
- (2) World Health Organization. High 5s - Action on Patient Safety Getting Started Kit. Assuring Medication Accuracy at Transitions of Care: Medication Reconciliation. <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/en/index.html>>
- (3) Des soins de santé sécuritaires maintenant! Trousse En avant : Bilan comparatif des médicaments - Prévention des événements iatrogènes médicamenteux. [http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec_acute/Documents/BCM%20\(courte%20durée\)%20Trousse20En%20avant.pdf](http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec_acute/Documents/BCM%20(courte%20durée)%20Trousse20En%20avant.pdf)
- (4) Cornish PL, et coll. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. 2005, 165, p. 424 à 429.
- (5) Vira T, et coll. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. Qual Saf Healthcare. 2006, 000, p. 1 à 6.
- (6) Pippins JR, et coll. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. Journal of General Internal Medicine. 2008, 23, p. 1414.
- (7) Kwan Y, et coll. Pharmacist medication assessments in a surgical preadmission clinic. Arch Internal Medicine. 2007, 167, p. 1034 à 1040.
- (8) Rozich JD, et coll. Standardization as a mechanism to improve safety in healthcare: impact of sliding scale insulin protocol and reconciliation of medications initiatives. Jt Comm J Qual Saf. 2004, 30(1), p. 5 à 14.
- (9) Karnon J, et coll. Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation). Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2009, 15(2), p. 299 à 306(8).
- (10) Karapinar-Carkit F, et coll. Effect of medication reconciliation with and without patient counseling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital. Annals of Pharmacotherapy. 2009, 43, p. 1001.



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

BILAN COMPARATIVE DES MÉDICAMENTS À L'ADMISSION

➔ *Pour les services de soins ambulatoires et les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer*

L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant au début des services quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins. Le bilan comparatif devrait être effectué périodiquement selon ce qui est approprié pour le client ou la population qui reçoit les services.

CONSEILS

Le bilan comparatif des médicaments s'avère un processus structuré au cours duquel les professionnels de la santé travaillent en partenariat avec les clients, les familles et les soignants pour assurer la transmission d'une information exacte et complète sur les médicaments aux points de transition des soins.

Le processus qui entoure l'établissement du bilan comparatif englobe la production d'une liste complète de tous les médicaments que le patient prenait avant la consultation - le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP). Le MSTP est établi grâce à diverses sources et comprend des renseignements sur les médicaments d'ordonnance, les médicaments en vente libre, les vitamines et suppléments, ainsi que le nom du médicament, la dose, la fréquence et la voie d'administration. Toute anomalie relevée entre ce qu'on prescrit au client, et ce qu'il prend en réalité, sera réglée à la clinique ou signalée au prestataire de soins (p. ex., médecin de famille).

Le bilan comparatif des médicaments est largement reconnu comme une initiative importante du point de vue de la sécurité. Des preuves démontrent que l'établissement du bilan comparatif des médicaments permet de réduire les risques d'erreurs liées aux médicaments telles que les omissions, les doubles prescriptions et les erreurs de posologie. Au Canada, l'initiative Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! a désigné le bilan comparatif des médicaments comme une priorité en matière de sécurité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a aussi élaboré un protocole opératoire normalisé pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments parmi ses interventions visant à améliorer la sécurité des patients.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments est une responsabilité partagée qui doit inclure le client et la famille. La participation des prestataires de soins primaires et des pharmaciens communautaires peut également s'avérer nécessaire.

Étant donné la vaste gamme de services offerts et de populations qui reçoivent des soins dans les cliniques de soins ambulatoires, les équipes sont encouragées à déterminer les populations cibles pour lesquelles un bilan comparatif des médicaments sera établi. Les clients pour lesquels la pharmacothérapie est une composante importante des soins devraient être retenus pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments. Un dépistage ou une évaluation des risques peut être adopté et devrait tenir compte des éléments suivants : (i) les besoins des clients (ii) le type de clinique (iii) les services offerts par la clinique.

NOTA : Les justifications documentées qui expliquent le choix des clients ou des populations cibles, ainsi que des intervalles appropriés pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour ces clients ou populations, doivent être fournies.

(Suite à la prochaine page)



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

Bilan comparative des médicaments à l'admission (Suite)

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'équipe fournit les justifications documentées qui expliquent de clients ou de populations cibles pour lesquelles un bilan comparatif des médicaments sera établi.
- Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au début des services et périodiquement selon ce qui est approprié pour les clients ou les populations qui reçoivent des services.
- L'équipe produit ou met à jour une liste complète des médicaments que le client prenait avant le début des services (meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)).
- L'équipe consigne tout changement dans la liste de médicaments (c.-à-d. les médicaments qui ont été changés, abandonnés ou prescrits).
- L'équipe fournit aux clients et à leurs prestataires de soins (p. ex., le médecin de famille) une copie du MSTP et de l'information claire sur les changements.
- Une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client.
- Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Institute for Healthcare Improvement. How To Guide: Prevent Adverse Drug Events. <<http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/98096387-C903-4252-8276-5BFC181C0C7F/0/ADEHowtoGuide.doc>>
- (2) World Health Organization. High 5s - Action on Patient Safety Getting Started Kit. Assuring Medication Accuracy at Transitions of Care: Medication Reconciliation. <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/en/index.html>>
- (3) Des soins de santé sécuritaires maintenant! En avant : Bilan comparatif des médicaments - Prévention des événements iatrogènes médicamenteux http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec_acute/Pages/gsk.aspx
- (4) Cornish PL, et coll. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 2005, 165, p. 424 à 429.
- (5) Vira T, et coll. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Healthcare.* 2006, 000, p. 1 à 6.
- (6) Pippins JR, et coll. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *Journal of General Internal Medicine.* 2008, 23, p. 1414.
- (7) Kwan Y, et coll. Pharmacist medication assessments in a surgical preadmission clinic. *Arch Internal Medicine.* 2007, 167, p. 1034 1040.
- (8) Rozich JD, et coll. Standardization as a mechanism to improve safety in healthcare: impact of sliding scale insulin protocol and reconciliation of medications initiatives. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004, 30(1), p. 5 à 14.
- (9) Karnon , J et coll. Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation) *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2009, 15(2), p. 299 à 306(8).
- (10) Karapinar-Carkit F, et coll. Effect of medication reconciliation with and without patient counseling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital. *Annals of Pharmacotherapy.* 2009, 43, p.1001.



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

BILAN COMPARATIVE DES MÉDICAMENTS À L'ADMISSION

- ➔ *Pour les services de gestion des cas, les services de santé mentale communautaires et de soutien offert aux clients et les soins et services à domicile*

L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client au début des services de concert avec le client et la famille ou le soignant quand la gestion des médicaments fait partie des soins.

CONSEILS

Le bilan comparatif des médicaments s'avère un processus structuré au cours duquel les professionnels de la santé travaillent en partenariat avec les clients, les familles et les soignants pour assurer la transmission d'une information exacte et complète sur les médicaments aux points de transition des soins.

Le processus qui entoure l'établissement du bilan comparatif des médicaments englobe la production d'une liste complète de tous les médicaments que le patient prenait avant le début des services – le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP). Le MSTP est établi grâce à diverses sources et comprend des renseignements sur les médicaments d'ordonnance, les médicaments en vente libre, les vitamines et suppléments, ainsi que le nom du médicament, la dose, la fréquence et la voie d'administration.

Le bilan comparatif des médicaments est largement reconnu comme une initiative importante du point de vue de la sécurité. Des preuves démontrent que l'établissement du bilan comparatif des médicaments permet de réduire les risques d'anomalies liées aux médicaments telles que les omissions, les doubles prescriptions et les erreurs de dosage. Au Canada, l'initiative Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! a désigné le bilan comparatif des médicaments comme une priorité en matière de sécurité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a aussi élaboré un protocole opératoire normalisé pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments parmi ses interventions visant à améliorer la sécurité des patients.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments est une responsabilité partagée qui doit inclure le client et la famille. La participation des prestataires de soins primaires et des pharmaciens communautaires peut également s'avérer nécessaire.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments des clients à chaque visite si des médicaments ont été changés ou abandonnés.
- L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) au début des services quand la gestion des médicaments fait partie des soins.
- L'équipe compare en temps opportun le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) avec les médicaments prescrits, dispensés ou administrés durant les services.
- L'équipe communique le MSTP et les différences devant être résolues au professionnel de la santé approprié et consigne les mesures prises dans le dossier du client.
- Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.

(Suite à la prochaine page)



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

Bilan comparative des médicaments à l'admission (Suite)

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Institute for Healthcare Improvement. How To Guide: Prevent Adverse Drug Events. <<http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/98096387-C903-4252-8276-5BFC181C0C7F/0/ADEHowtoGuide.doc>>
- (2) World Health Organization. High 5s - Action on Patient Safety Getting Started Kit. Assuring Medication Accuracy at Transitions of Care: Medication Reconciliation. <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/en/index.html>>
- (3) Des soins de santé sécuritaires maintenant! Trousse En avant : Bilan comparatif des médicaments - Prévention des événements iatrogènes médicamenteux. [http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec_acute/Documents/BCM%20\(courte%20durée\)%20Trousse20En%20avant.pdf](http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec_acute/Documents/BCM%20(courte%20durée)%20Trousse20En%20avant.pdf)
- (4) Cornish PL, et coll. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. 2005, 165, p. 424 à 429.
- (5) Vira T, et coll. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. Qual Saf Healthcare. 2006, 000, p. 1 à 6.
- (6) Pippins JR, et coll. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. Journal of General Internal Medicine. 2008, 23, p. 1414.
- (7) Kwan Y, et coll. Pharmacist medication assessments in a surgical preadmission clinic. Arch Internal Medicine. 2007, 167, p. 1034 à 1040.
- (8) Rozich JD, et coll. Standardization as a mechanism to improve safety in healthcare: impact of sliding scale insulin protocol and reconciliation of medications initiatives. Jt Comm J Qual Saf. 2004, 30(1), p. 5 à 14.
- (9) Karnon, J et coll. Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation). Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2009, 15(2), p. 299 à 306(8).
- (10) Karapinar-Carkit F, et coll. Effect of medication reconciliation with and without patient counseling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital. Annals of Pharmacotherapy. 2009, 43, p. 1001.



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AU TRANSFERT OU AU CONGÉ

(anciennement nommée *Bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert*)

- ➔ S'adresse aux équipes de soins ambulatoires, de services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer, de services de gestion des cas, de services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients et de soins et services à domicile.

L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.

Nota : Cette POR est restée la même. Les versions révisées pour certaines équipes seront élaborées en 2012.

CONSEILS:

Le bilan comparatif des médicaments s'avère un moyen d'obtenir et de communiquer de l'information complète sur les médicaments des clients, incluant les médicaments en vente libre, les vitamines et les suppléments. Les preuves démontrent que le bilan comparatif des médicaments peut mener à la réduction des anomalies liées aux médicaments à l'admission, par exemple les omissions, les doubles prescriptions et les erreurs de dosage, ainsi qu'à une diminution des anomalies liées à la fréquence d'administration et au dosage des médicaments au moment du congé.

Le bilan comparatif des médicaments est largement reconnu comme une initiative importante du point de vue de la sécurité. Au Canada, l'initiative Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! a désigné le bilan comparatif des médicaments comme une priorité en matière de sécurité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a aussi élaboré un protocole opératoire normalisé pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments parmi ses interventions visant à améliorer la sécurité des patients.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments est une responsabilité partagée qui doit inclure le client et la famille. La participation des prestataires de soins primaires et des pharmaciens communautaires peut également s'avérer nécessaire.

(Suite à la prochaine page)



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Suite)

TESTS DE CONFORMITÉ

- Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré.
- Le processus englobe la production d'une liste complète des médicaments que le patient prenait avant d'être acheminé ou transféré.
- Le processus englobe une comparaison en temps opportun de la liste des médicaments utilisés avant l'acheminement ou le transfert avec la liste des nouveaux médicaments prescrits au moment de l'acheminement ou du transfert.
- Le processus englobe une preuve écrite que les deux listes ont été comparées, que les différences ont été cernées, discutées et expliquées, et que les modifications appropriées ont été apportées à tout nouveau médicament prescrit.
- Le processus démontre clairement que l'établissement du bilan comparatif des médicaments s'avère une responsabilité partagée entre le patient, le personnel infirmier, les médecins et les pharmaciens, selon le cas.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Institute for Healthcare Improvement. How To Guide: Prevent Adverse Drug Events. <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/98096387-C903-4252-8276-5BFC181C0C7F/0/ADEHowtoGuide.doc>
- (2) Pippins, J, et coll. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *Journal of General Internal Medicine*. 2008; 23: 1414.
- (3) Wong, J, et coll. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Annals of Pharmacotherapy*. 2008;42: 1373.
- (4) Vira, T, et coll. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Quality and Safety in Health Care*. 2006;15: 122.
- (5) Des soins plus sécuritaires maintenant! Trousse Départ. http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec_acute/Pages/gsk.aspx
- (6) World Health Organization. Action on Patient Safety – High 5s. Assuring Medication Accuracy at Transitions of Care. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/en/index.html>
- (7) Karapinar-Carkit, F, et coll. Effect of medication reconciliation with and without patient counselling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital. *Annals of Pharmacotherapy*. 2009 ;43: 1001.

(Suite à la prochaine page)



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AU TRANSFERT OU AU CONGÉ

(anciennement nommée Bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert)

- ➔ *S'adresse aux équipes qui utilisent les services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales et aux équipes de services de traitement du cancer et d'oncologie, de services de soins intensifs, de services des urgences, de services palliatifs et de services de fin de vie, de services de médecine, de services de santé mentale, de services d'obstétrique et périnatalité, de services d'obstétrique, de services de réadaptation, de services de toxicomanie et de lutte contre l'obsession du jeu, et de services de chirurgie.*

L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).

CONSEILS :

Le bilan comparatif des médicaments s'avère un processus structuré au cours duquel les professionnels de la santé travaillent en partenariat avec les clients, les familles et les soignants pour assurer la transmission d'une information exacte et complète sur les médicaments aux points de transition des soins. La POR sur le bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé vient compléter la POR d'Agrément Canada sur le bilan comparatif des médicaments à l'admission.

Le processus qui entoure l'établissement du bilan comparatif englobe la production d'une liste complète de tous les médicaments que le patient prenait avant l'admission - le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP). Le MSTP est établi grâce à diverses sources et comprend des renseignements sur les médicaments d'ordonnance, les médicaments en vente libre, les vitamines, les remèdes à base de plantes médicinales et les suppléments, ainsi que le nom du médicament, la dose, la fréquence et la voie d'administration.

Tout au long de la démarche du client dans les services de soins de santé, le MSTP constitue une référence importante pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments aux points de transition. Dans les cas où un client est dans le milieu de soins de santé pendant une période prolongée et que le MSTP n'a pas été établi à l'admission, la liste complète et à jour de ses médicaments peut être utilisée en tant que MSTP (la période de temps devrait être déterminée selon les politiques de l'organisme). Dans ces cas, tous les efforts possibles devraient être faits pour tenir compte des médicaments que le patient aurait pu prendre avant son admission et qui pourraient ne pas figurer sur la liste de médicaments mise à jour.

TRANSFERT À L'INTERNE

Le transfert à l'interne est défini comme un point de services dans un établissement où les ordonnances de médicaments ont changé ou ont été réécrites. Les conditions suivantes, soit un changement des services médicaux responsables, un changement de niveau de soins, à la suite d'une intervention chirurgicale ou le transfert d'une unité à une autre lorsqu'une des trois conditions précédentes est présente, s'avèrent des exemples de transferts à l'interne lors desquels le bilan comparatif devrait être effectué. Un changement de lit ou une transition de soins lors de laquelle le prestataire de soins responsable demeure le même ne devrait pas être considéré comme étant un transfert à l'interne qui exige l'établissement du bilan comparatif des médicaments.

(Suite à la prochaine page)



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

L'établissement du bilan comparatif des médicaments au moment d'un transfert à l'interne a pour but de prendre en compte non seulement les médicaments que le patient recevait lorsqu'il se trouvait dans l'unité de départ, mais aussi ceux qu'il prenait à la maison et qu'il serait approprié qu'il continue de prendre, qu'il recommence à prendre, qu'il arrête de prendre ou qui devront être modifiés.

Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Suite)

CONGÉ

Le congé est défini comme étant un point critique dans les soins où il risque d'y avoir des anomalies liées aux médicaments alors que les clients quittent un établissement. Le congé comprend les transferts à l'externe vers un autre milieu de services ou un prestataire de services communautaire, ou la fin des services. Les exemples de congé peuvent comprendre, entre autres, le transfert des soins de courte durée aux soins de longue durée, des soins de courte durée aux soins et services à domicile, des soins de courte durée à la réadaptation, et des soins de courte durée aux soins auto-administrés.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments au moment du congé a pour but de dresser le bilan des médicaments que prenait le client avant son admission, de ceux qu'il a commencé à prendre pendant son séjour à l'hôpital, et de ceux qu'il devrait prendre après son congé.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments au moment du transfert à l'interne ou du congé s'inscrit généralement dans l'un des deux modèles suivants : le processus proactif ou le processus rétroactif.

- Dans le cadre du processus proactif, le prescripteur se sert du MSTP et des ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé. Ce processus comprend une vérification qui permet de savoir si chaque médicament du MSTP a été évalué par le prescripteur.
- Dans le processus rétroactif, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé pour déceler toute anomalie et rétablir la situation avec le prescripteur.

Au congé, cette information devrait être utilisée pour produire le meilleur schéma thérapeutique possible au congé (MSTP au congé). Le MSTP au congé comprend tous les renseignements détaillés sur les médicaments précisés dans la description susmentionnée du MSTP, et il devrait être communiqué au client ou au soignant, au médecin ou au service dans la communauté, à la pharmacie communautaire, et à l'établissement ou aux services de soins alternatifs, s'il y a lieu.

NOTA : Aux services des urgences, l'établissement du bilan comparatif des médicaments au moment du transfert à l'interne ou du congé ne doit être établi que pour les patients qui ont été admis.

Le bilan comparatif des médicaments est largement reconnu comme une initiative importante du point de vue de la sécurité. Au Canada, l'initiative Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! a désigné le bilan comparatif des médicaments comme une priorité en matière de sécurité. L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada a élaboré un protocole opératoire normalisé pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments qui a été approuvé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant l'une des interventions visant à améliorer la sécurité des patients.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments est une responsabilité partagée qui doit inclure le client ou la famille. La participation des prestataires de soins primaires et des pharmaciens communautaires peut également s'avérer nécessaire.

(Suite à la prochaine page)



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Suite)

TESTS DE CONFORMITÉ :

- Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).
- Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé (proactif), OU, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé (rétroactif).
- L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.
- Dépendant du point de transition, une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client (transfert à l'interne), OU, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible au congé (MSTP au congé) qui est communiqué au client, au médecin ou au prestataire de services dans la communauté, et à la pharmacie communautaire, s'il y a lieu (au congé).
- Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client ou la famille, et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins et le personnel des pharmacies, selon le cas.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Institute for Healthcare Improvement. How To Guide: Prevent Adverse Drug Events. <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/98096387-C903-4252-8276-5BFC181C0C7F/0/ADEHowtoGuide.doc>
- (2) Pippins, J, et coll. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *Journal of General Internal Medicine*. 2008; 23: 1414.
- (3) Wong, J, et coll. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Annals of Pharmacotherapy*. 2008;42: 1373.
- (4) Vira, T, et coll. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Quality and Safety in Health Care*. 2006;15: 122.
- (5) Des soins plus sécuritaires maintenant! Trousse Départ. http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec_acute/Pages/gsk.aspx
- (6) World Health Organization. Action on Patient Safety – High 5s. Assuring Medication Accuracy at Transitions of Care. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/en/index.html>
- (7) Karapinar-Carkit, F, et coll. Effect of medication reconciliation with and without patient counselling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital. *Annals of Pharmacotherapy*. 2009 ;43: 1001.



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AU TRANSFERT OU AU CONGÉ

(anciennement nommée Bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert)

➔ S'adresse aux équipes de soins de longue durée

L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).

CONSEILS :

Le bilan comparatif des médicaments s'avère un processus structuré au cours duquel les professionnels de la santé travaillent en partenariat avec les clients, les familles et les soignants pour assurer la transmission d'une information exacte et complète sur les médicaments aux points de transition des soins. La POR sur le bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé vient compléter la POR d'Agrément Canada sur le bilan comparatif des médicaments à l'admission.

Le processus qui entoure l'établissement du bilan comparatif englobe la production d'une liste complète de tous les médicaments que le patient prenait avant l'admission - le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP). Le MSTP est établi grâce à diverses sources et comprend des renseignements sur les médicaments d'ordonnance, les médicaments en vente libre, les vitamines, les remèdes à base de plantes médicinales et les suppléments, ainsi que le nom du médicament, la dose, la fréquence et la voie d'administration.

Tout au long de la démarche du client dans les services de soins de santé, le MSTP constitue une référence importante pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments aux points de transition. Dans les cas où un client est dans le milieu de soins de santé pendant une période prolongée, la liste de médicaments complète et mise à jour devient le MSTP.

TRANSFERT À L'INTERNE

Le transfert à l'interne est défini comme un point de services dans un établissement où les ordonnances de médicaments ont changé ou ont été réécrites.

Les conditions suivantes, soit un changement des services médicaux responsables, un changement de niveau de soins, ou le transfert d'une unité à une autre lorsqu'une des deux conditions précédentes est présente, s'avèrent des exemples de transferts à l'interne lors desquels le bilan comparatif devrait être effectué.

Un changement de lit ou une transition de soins lors de laquelle le prestataire de soins responsable demeure le même ne devrait pas être considéré comme étant un transfert à l'interne qui exige l'établissement du bilan comparatif des médicaments.

(Suite à la prochaine page)



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Suite)

Le bilan comparatif des médicaments au moment d'un transfert à l'interne a pour but de s'assurer que toutes les ordonnances de médicaments complètes et précises soient transférées avec le client et que toute divergence avec la liste des médicaments soit intentionnelle. Le processus devrait comprendre une comparaison : (i) de la liste des médicaments la plus à jour et (ii) des nouvelles ordonnances au transfert, pour déceler les divergences et rétablir la situation.

CONGÉ

Le congé est défini comme étant un point critique dans les soins où il risque d'y avoir des anomalies liées aux médicaments alors que les clients quittent un établissement.

Le congé comprend les transferts à l'externe à un autre milieu de soins ou prestataire de services dans la communauté, ou la fin des services. Les exemples peuvent comprendre, entre autres, le transfert des soins de longue durée aux soins de courte durée, des soins de longue durée aux soins auto-administrés, ainsi que le transfert des soins entre établissements de soins de longue durée.

Le but de l'établissement du bilan comparatif des médicaments au congé consiste à transmettre une liste complète de médicaments au prochain prestataire de soins. Le processus devrait comprendre une comparaison : (i) du MSTP ou de la liste de médicaments la plus récente, (ii) et des changements récents, y compris les médicaments prescrits depuis peu, les doses ajustées et les médicaments interrompus.

Dans les milieux de soins de longue durée, l'établissement du bilan comparatif au moment d'un transfert à l'interne et du congé donnent l'occasion de revoir le but du traitement et la durée attendue de la thérapie en ce qui concerne les médicaments pour s'assurer que leur usage continu est approprié.

Le bilan comparatif des médicaments est largement reconnu comme une initiative importante du point de vue de la sécurité. Au Canada, l'initiative Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! a désigné le bilan comparatif des médicaments comme une priorité en matière de sécurité. L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada a élaboré un protocole opératoire normalisé pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments qui a été approuvé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant l'une des interventions visant à améliorer la sécurité des patients.

L'établissement du bilan comparatif des médicaments est une responsabilité partagée qui doit inclure le client ou la famille. La participation des prestataires de soins primaires et des pharmaciens communautaires peut également s'avérer nécessaire.

(Suite à la prochaine page)



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Suite)

TESTS DE CONFORMITÉ :

- Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).
- L'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison de la liste de médicaments complète et mise à jour et des nouvelles ordonnances de médicaments ou des changements récents.
- L'équipe consigne le fait que le bilan de la liste de médicaments complète et mise à jour et des nouvelles ordonnances de médicaments ou des changements récents a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.
- Selon le point de transition, une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client (transfert à l'interne) OU une liste de médicaments mise à jour est transmise au prochain prestataire de soins (congé).
- Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client ou la famille, et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins et le personnel des pharmacies, selon le cas.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Institute for Healthcare Improvement. How To Guide: Prevent Adverse Drug Events. <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/98096387-C903-4252-8276-5BFC181C0C7F/0/ADEHowtoGuide.doc>
- (2) Pippins, J, et coll. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *Journal of General Internal Medicine*. 2008; 23: 1414.
- (3) Wong, J, et coll. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Annals of Pharmacotherapy*. 2008;42: 1373.
- (4) Vira, T, et coll. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Quality and Safety in Health Care*. 2006;15: 122.
- (5) Des soins plus sécuritaires maintenant! Trousse Départ. http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec_acute/Pages/gsk.aspx
- (6) World Health Organization. Action on Patient Safety – High 5s. Assuring Medication Accuracy at Transitions of Care. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/en/index.html>
- (7) Karapinar-Carkit, F, et coll. Effect of medication reconciliation with and without patient counselling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital. *Annals of Pharmacotherapy*. 2009 ;43: 1001.

(Suite à la prochaine page)



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

DEUX IDENTIFICATEURS DE CLIENT

➔ *S'adresse aux équipes qui utilisent des normes autres que celles sur la gestion des médicaments.*

L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.

CONSEILS

Le fait de ne pas identifier les clients correctement peut entraîner une variété d'événements indésirables tels que des erreurs liées aux médicaments, des erreurs de transfusion, des erreurs d'analyse, des erreurs sur la personne lors d'interventions, ainsi que la remise d'un poupon à une autre famille que la sienne. Dans plus de 100 analyses par arbre de cause menées par le US Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety entre janvier 2000 et mars 2003, c'est une erreur d'identification du client qui est ressortie comme étant la cause profonde. De 2003 à 2005, la UK National Patient Safety Agency a signalé 236 incidents et incidents ou accidents évités de justesse en lien avec l'absence de bracelet identificateur ou la présence de renseignements erronés sur certains bracelets. Les preuves ont démontré une diminution des erreurs liées à l'identification des clients lorsque des mécanismes révisés d'identification des clients sont utilisés.

L'équipe utilise des moyens d'identification qui conviennent au type de services offerts et à la population desservie. L'information obtenue doit se rapporter spécifiquement au client, par exemple un numéro d'identification unique à la personne comme le numéro attribué à l'inscription, les cartes d'identité du client comme la carte d'assurance-maladie avec le nom, l'adresse et la date de naissance, des codes à barres pour identifier les clients, le double témoignage ou le bracelet d'identification. Deux identificateurs de client peuvent provenir d'une seule source, par exemple le bracelet du client. Le numéro de chambre du client ne doit pas être utilisé à titre d'identificateur du client.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute intervention.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) (1) Jensen NJ, Crosson JT. An automated system for bedside verification of the match between patient identification and blood unit identification. *Transfusion*. 1996;36(3):216-21.
- (2) (2) WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient Identification. Patient Safety Solutions. Volume 1, solution 2, Mai 2007.
- (3) (3) Technology Solutions to Patient Misidentification Report of Review. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Octobre 2008.
- (4) (4) Sandler SG, Langeberg A, Dohnalek L. Bar code technology improves positive patient identification and transfusion safety. *Developments in Biologicals*. 2005;120, p. 19 à 24.
- (5) (5) Parisi LL. Patient identification: the foundation for a culture of patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*. 2003;18(1):73-9.



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

DEUX IDENTIFICATEURS DE CLIENT

➔ *Pour les normes sur la gestion des médicaments.*

L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'administrer les médicaments.

CONSEILS

Le fait de ne pas identifier les clients correctement peut entraîner une variété d'événements indésirables tels que des erreurs liées aux médicaments, des erreurs de transfusion, des erreurs d'analyse, des erreurs sur la personne lors d'interventions, ainsi que la remise d'un poupon à une autre famille que la sienne. Dans plus de 100 analyses par arbre de cause menées par le US Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety entre janvier 2000 et mars 2003, c'est une erreur d'identification du client qui est ressortie comme étant la cause profonde. De 2003 à 2005, la UK National Patient Safety Agency a signalé 236 incidents et incidents ou accidents évités de justesse en lien avec l'absence de bracelet identificateur ou la présence de renseignements erronés sur certains bracelets. Les preuves ont démontré une diminution des erreurs liées à l'identification des clients lorsque des mécanismes révisés d'identification des clients sont utilisés.

L'équipe utilise des moyens d'identification qui conviennent au type de services offerts et à la population desservie. L'information obtenue doit se rapporter spécifiquement au client, par exemple un numéro d'identification unique à la personne (comme le numéro attribué à l'inscription), les cartes d'identité du client (comme la carte d'assurance-maladie avec le nom, l'adresse et la date de naissance), des codes à barre pour identifier les clients, le double témoignage ou le bracelet d'identification. Deux identificateurs de client peuvent provenir d'une seule source, par exemple le bracelet du client. Le numéro de chambre du client ne doit pas être utilisé à titre d'identificateur du client.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'administrer les médicaments.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Jensen NJ, Crosson JT. An automated system for bedside verification of the match between patient identification and blood unit identification. *Transfusion*. 1996;36(3):216-21.
- (2) WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient Identification. Patient Safety Solutions. Volume 1, solution 2, Mai 2007.
- (3) Technology Solutions to Patient Misidentification Report of Review. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Octobre 2008.
- (4) Sandler SG, Langeberg A, Dohnalek L. Bar code technology improves positive patient identification and transfusion safety. *Developments in Biologicals*. 2005;120, p. 19 à 24.
- (5) Parisi LL. Patient identification: the foundation for a culture of patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*. 2003;18(1):73-9.



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

LISTE DE CONTRÔLE D'UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE

L'équipe utilise une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale.

CONSEILS

Les listes de contrôle d'une chirurgie jouent un rôle important dans la réalisation d'une chirurgie efficace et sécuritaire. Les preuves démontrent que l'utilisation de listes de contrôle d'une chirurgie réduit les probabilités qu'il y ait des complications à la suite d'une chirurgie, et peut améliorer les résultats de celle-ci.

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

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 données démontrent des économies de coûts importantes quand les listes de contrôle d'une chirurgie sont largement utilisées. Semel et coll. estiment que cela représente des économies qui se situent entre 15 et 25 milliards de dollars aux États-Unis.

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

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

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'équipe s'est entendue sur une liste de contrôle en trois étapes à utiliser dans la salle d'opération.
- L'équipe se sert de la liste de contrôle pour chaque intervention chirurgicale en salle d'opération.
- L'équipe a établi un processus qui lui permet de vérifier constamment que la liste de contrôle est respectée.
- L'équipe évalue l'utilisation de la liste de contrôle et communique les résultats aux membres du personnel et aux prestataires de services.
- L'équipe utilise les résultats de l'évaluation pour améliorer la mise en œuvre et une plus grande utilisation de la liste de contrôle.

(Suite à la prochaine page)



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire (Suite)

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Panesar, S., et coll. The WHO checklist: a global tool to prevent errors in surgery. *Patient Safety in Surgery*, 2009, 3: 9.
- (2) Haynes, A., et coll. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360, p. 491 à 499.
- (3) Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009. *Safe Surgery Saves Lives*. World Health Organization. 2009
- (4) Semel, M., et coll. Estimation of direct cost saving from WHO surgical safety checklist implementation in the United States. 2008. Accessed at www.safesurg.org
- (5) Institut Canadien Pour La Sécurité Des Patients. Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire.<http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/toolsresources/sssl/pages/surgicalssafetychecklist.aspx>



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

PROCESSUS DE VÉRIFICATION DES ACTIVITÉS LIÉES AUX SOINS ET SERVICES À RISQUES ÉLEVÉS

L'équipe met en œuvre des processus de vérification et d'autres mécanismes semblables pour les activités liées aux soins et services à risques élevés.

CONSEILS

Les processus et les mécanismes de vérification entourant les activités à risques élevés des soins et services s'avèrent importants pour la sécurité des clients. Pour déterminer les activités à risques élevés, l'équipe effectue une vérification de ses services et se sert de l'information qui en résulte pour élaborer et instaurer des mécanismes de vérification visant à prévenir et à réduire les risques de causer préjudice aux clients.

Dans l'ensemble du continuum de soins, ces mécanismes varieront selon les services. En voici, entre autres, des exemples :

- Listes de vérification des services chirurgicaux et pauses procédurales
- Processus de répétition ou de relecture des diagnostics ou des ordonnances verbales
- Systèmes de vérification de la température de l'eau pour les bains des clients
- Feuilles de suivi normalisées pour les clients ayant des besoins complexes de gestion des médicaments
- Systèmes d'alerte automatisés pour communiquer les résultats de tests critiques
- Rappels générés par ordinateur pour les analyses de suivi chez les patients à risques élevés
- Processus de vérification effectué par deux personnes pour les transfusions sanguines
- Interventions essentielles liées aux ordonnances de médicaments
- Double vérification indépendante pour la dispensation et l'administration de médicaments à risques élevés
- Système des codes à barres pour la dispensation, l'étiquetage et l'administration des médicaments
- Logiciel d'aide à la décision pour l'entrée des ordonnances et la vérification des interactions médicamenteuses
- Systèmes de surveillance de la sécurité pour les prestataires de services des organismes communautaires ou pour les clients dans des milieux à risque élevé.
- Protocoles normalisés qui portent sur la surveillance médicale de la fréquence cardiaque du fœtus durant l'induction ou l'accélération du travail, ou pendant les accouchements à risques élevés
- Système pour surveiller les températures des réfrigérateurs où sont entreposés les vaccins
- Protocoles normalisés concernant l'utilisation des contentions
- Processus normalisés pour le dépistage des allergies aux produits de contraste.

Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés (Suite)

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'équipe détermine les activités à risques élevés.
- L'équipe élabore et met en œuvre des processus de vérification pour les activités représentant des risques élevés.
- L'équipe évalue les processus de vérification et se sert de l'information qui en résulte pour apporter des améliorations.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Easty, A., Moser, J., Trip, K., Hyland, S., Savage, P., Cafazzo, J., & White, R. (2008). *Checking it twice: Developing and implementing an effective method for independent-double checking of highrisk clinical procedures*. Available from the Canadian Patient Safety Institute website: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/cpsiResearchCompetitions/2005/Pages/Easty.aspx>.
- (2) Grissinger, M. (2006). The virtues of independent double-checks: They really are worth your time! *P&T*, 31, 492. Retrieved from <http://www.ptcommunity.com/ptJournal/fulltext/31/9/PTJ3109492.pdf>.



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

RÔLE DES CLIENTS ET DES FAMILLES EN CE QUI CONCERNE LA SÉCURITÉ

L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.

CONSEILS

Les clients et les familles contribuent grandement à prévenir les événements indésirables. Leurs questions et commentaires constituent souvent une excellente source d'information sur les erreurs et les risques potentiels, ainsi que sur les problèmes de sécurité. Les clients et les familles sont capables de jouer ce rôle lorsqu'ils sont inclus et qu'on leur permet de participer activement au processus de soin.

Bon nombre d'organismes ont élaboré des documents qui portent sur les questions de sécurité des clients et qui les guident sur les points auxquels ils doivent accorder leur attention pendant la prestation de soins. Parmi les documents de formation qui traitent de sécurité des clients figurent, entre autres, le document de l'Institut pour la sécurité des patients du Manitoba intitulé *Vous avez le droit de poser des questions* et celui de l'Ontario Hospital Association intitulé *C'est votre santé – Impliquez-vous*.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'équipe produit de l'information écrite et verbale à l'intention des clients et des familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.
- L'équipe fournit de l'information écrite et verbale aux clients et aux familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Institute of Medicine. *To Err is Human*. 1999.
- (2) Institute for Family Centered Care. *Partnering with Patients and Families for patient centered care*. 2008.
- (3) Entwistle, V, Mello, M, & Brennan, T. *Advising Patients About Patient Safety*. *Journal on Quality and Patient Safety*. 2005; 31(9).



Améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des soins et services tout au long du continuum

TRANSFERT DE L'INFORMATION

L'équipe transmet efficacement les renseignements d'un prestataire de services à l'autre aux points de transition.

CONSEILS

On a déterminé qu'une communication efficace est cruciale dans le cadre de la stratégie d'amélioration de la sécurité des clients, surtout en ce qui concerne les points de transition tels que les changements de quart, la fin des services et les transferts d'un client vers d'autres services de santé ou prestataires de services communautaires.

Une communication efficace englobe la transmission de l'information à l'intérieur de l'organisme, entre le personnel et les prestataires de services, ainsi qu'au client et à la famille, de même qu'à d'autres services qui se trouvent à l'extérieur de l'organisme, par exemple les prestataires de soins primaires. Parmi les exemples de mécanismes utilisés pour veiller à ce que l'information soit transmise correctement, mentionnons les formulaires de transfert et les listes de vérification.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'équipe a établi des mécanismes pour veiller à ce que l'information soit transmise adéquatement et en temps opportun aux points de transition.
- L'équipe a recours aux mécanismes établis pour transmettre l'information.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Alvarado K, et coll. Transfer of accountability: Transforming shift handover to enhance patient safety. *Healthcare Quarterly*. 2006; 9: 75.
- (2) Kripalani, S, et coll. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *J Hospital Medicine*. 2007; 2: 314.
- (3) Patterson, E, et coll. Beyond 'Communication Failure'. *Annals of Emergency Medicine*. 2009; 53: 711.
- (4) Kripalani, S, et coll. Deficits in Communication and Information Transfer between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*. 2007; 297: 831.

CONCENTRATIONS DE MÉDICAMENTS

L'organisme normalise et limite le nombre de concentrations de médicaments qui sont disponibles.

CONSEILS

Lorsqu'il existe plusieurs concentrations du même médicament, le risque que quelqu'un sélectionne et remette ou administre la mauvaise dose est plus grand. Le fait de normaliser et de limiter les concentrations des médicaments à l'échelle de l'organisme réduit les risques d'erreur.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Les concentrations sont normalisées et limitées dans l'ensemble de l'organisme.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Shlom, EA, Sondra K. Managing High-Risk Medications: Implementing Medication Management Standard 7.10 Pharmacy Practice. *Hospital Pharmacy*. 2006; 41(5), p. 470,472 à 476,488.

ÉLECTROLYTES CONCENTRÉS

L'organisme retire les électrolytes concentrés (ce qui comprend, entre autres, le chlorure de potassium, le phosphate de potassium, le chlorure de sodium >0,9 %) des unités de soins.

CONSEILS

Les électrolytes concentrés sont des médicaments à risques élevés et ne devraient pas être rangés dans les secteurs de services aux clients. Le retrait des solutions d'électrolytes concentrés des unités de soins contribue à réduire les risques de décès ou de blessures invalidantes associés à ces agents.

Le chlorure de potassium concentré, en particulier, a été défini comme un médicament à risques élevés. Au Canada, il est survenu 23 incidents impliquant une erreur dans l'administration de chlorure de potassium entre 1993 et 1996. On signale également des morts accidentelles provoquées par l'administration erronée de solutions salines concentrées.

L'organisme décide des électrolytes concentrés qui doivent être retirés des unités et veille à ce que la politique à cet égard soit respectée.

TESTS DE CONFORMITÉ

- On ne retrouve aucun électrolyte concentré dans les unités de soins.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Control of Concentrated Electrolyte Solutions. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. 2007. 1(5).
- (2) ISMP Canada Safety Bulletin. Concentrated Potassium Chloride: A Recurring Danger. 2004. Volume 4, No 3.
- (3) Medication error prevention—potassium chloride. Joint Commission. Sentinel Event Alert, Issue 1, 27. 1998.
- (4) Alert on potassium chloride solutions. National Patient Safety Agency (United Kingdom). 2003.
- (5) DiPaulo M. Accidental death due to erroneous intravenous infusion of hypertonic saline solution for hemodialysis. International Journal of Artificial Organs. 2004 ; 27(9), p. 810 à 812.



FORMATION SUR LES POMPES À PERFUSION

L'organisme fournit de la formation continue et efficace aux prestataires de services au sujet des pompes à perfusion.

CONSEILS

Plus l'organisme dispose de divers types de pompes à perfusion, plus le risque d'erreur est élevé. Afin de réduire les risques, le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace sur les pompes à perfusion, laquelle porte sur les besoins cliniques, la compétence du personnel, la continuité du personnel, les techniques d'utilisation des pompes à perfusion, ainsi que l'endroit où les pompes se situent (p. ex. dans un hôpital, dans la communauté, à la maison). Cette formation est particulièrement importante en raison du grand nombre de prestataires de services qui travaillent souvent dans plus d'un organisme de soins de santé, ce qui signifie qu'ils doivent posséder les compétences nécessaires pour utiliser différents types de pompes à perfusion.

Les organismes sont aussi encouragés à uniformiser, dans la mesure du possible, les pompes à perfusion.

TESTS DE CONFORMITÉ

- Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Bjorn B, Garde K, Pedersen BL. Infusion pumps and patient safety. *Ugeskrift for Laeger*. 2007;169(4):315-8. (Résumé en anglais)
- (2) ISMP Canada Safety Bulletin. Infusion Pump Project: Survey Results and Time for Action. 2004. Volume 4, No 1.
- (3) Scroggs, J. Improving patient safety using clinical needs assessments in IV therapy. *British Journal of Nursing*. 2008;17: S22.



SÉCURITÉ LIÉE À L'HÉPARINE

L'organisme évalue et limite la disponibilité des produits à l'héparine et retire les formats à dose élevée.

CONSEILS

L'héparine figure parmi les médicaments qui font l'objet d'un niveau d'alerte élevé et s'avère un point sur lequel il faut se concentrer en matière de sécurité des patients. Plus de 17 000 erreurs de médicaments liées à l'usage de l'héparine ont été signalées au U.S. Pharmacopoeia (USP) MEDMARX de 2003 à 2007, et 556 d'entre elles ont causés préjudice aux clients, dont 7 cas ayant entraîné la mort.

L'instauration de recommandations relatives à la sécurité et d'autres mesures peuvent aider à améliorer la sécurité et les traitements par héparine.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'organisme a fait un inventaire des produits à l'héparine entreposés dans la pharmacie et dans toutes les unités de soins aux patients.
- L'inventaire comprend la vérification des produits et des quantités entreposés; l'évaluation de l'utilisation prévue de chaque produit à l'héparine entreposé (en lien avec des lignes directrices fondées sur des données probantes) ; et l'identification des produits non nécessaires qu'il faudra retirer.
- L'organisme a retiré les formats à dose élevée des produits à l'héparine non fractionnés (total de 50 000 unités de médicaments) conservés dans les unités de soins, p. ex. 10,000 unités par ml dans des fioles de 5 ml et 25,000 unités par ml dans des fioles de 2 ml.
- L'organisme a revu et réduit la disponibilité des produits à l'héparine non fractionnés qui suivent dans les secteurs des soins aux patients, p. ex. 10,000 unités par ml dans des fioles de 1 ml et 1,000 unités par ml dans des fioles de 10 ml.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) ISMP Canada Safety Bulletin. Enhancing Safety with Unfractionated Heparin: A National and International Area of Focus. 2008. Volume 8, No 5.
- (2) ISMP List of High Alert Medications. <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>
- (3) Santell, J. USP Medmarx data 1/1/2003-12/31/2007. Improving Heparin Safety. San Diego, CA, 13 mars, 2008.



SÉCURITÉ LIÉE AUX NARCOTIQUES

L'organisme évalue et limite la disponibilité de produits narcotiques (opioïdes) et retire les formats à dose élevée des unités de soins.

CONSEILS

Les narcotiques figurent parmi les médicaments qui font l'objet d'un niveau d'alerte élevé et s'avèrent un point sur lequel il faut se concentrer en matière de sécurité des patients. En 202 et en 2003, 416 incidents liés aux médicaments impliquant des narcotiques ont été signalés à ISMP Canada par des hôpitaux qui participaient à un projet de recherche.

Le fait de limiter les quantités d'opiacés et de narcotiques dans les stocks gardés dans l'unité, ainsi que le fait de fournir de la formation sur la confusion possible entre l'hydromorphe et la morphine peut contribuer à réduire les erreurs liées aux médicaments.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'organisme a effectué une vérification des aires d'entreposage des narcotiques (opioïdes) La vérification comprend: la vérification du type et de la quantité de produits entreposés; et l'identification et le retrait des produits non nécessaires.
- L'organisme a retiré les produits suivants (à l'exception des soins palliatifs): les ampoules ou fioles d'hydromorphe dont la concentration est supérieure à 2 mg/ml; les ampoules ou fioles de morphine dont la concentration est supérieure à 15 mg/ml.
- L'organisme normalise et limite le nombre de concentrations de narcotiques parentéraux (opioïdes) qui sont disponibles.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) ISMP Canada Safety Bulletin. Narcotic Safeguards – the Challenge Continues. 2002 ; Volume 2, No 2.
- (2) ISMP List of High Alert Medications. <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>
- (3) Implementing System Safeguard to Prevent Error-Induced Injury with Opioids: An ISMP Canada Collaborative. Identifying and Reducing Risks, volume 19.



PLAN DE SÉCURITÉ DES PATIENTS

L'organisme élabore et met en œuvre un plan de sécurité des patients, et met en œuvre des améliorations à la sécurité des patients, au besoin.

CONSEILS

La sécurité des patients peut être améliorée si les organismes élaborent un plan visant à régler les problèmes de sécurité et s'ils en tiennent compte. Les plans de sécurité tiennent compte des questions de sécurité liées à l'organisation, à la prestation des services, ainsi qu'aux besoins des clients et des familles. Le plan de sécurité comprend plusieurs sujets et moyens de régler et d'évaluer les problèmes de sécurité. Le plan de sécurité inclut du contenu portant sur le mentorat offert aux membres du personnel et aux prestataires de services, le rôle de l'équipe de direction (p. ex. tournées de l'équipe de leadership en rapport avec la sécurité des patients), la mise en œuvre de projets liés à la sécurité des clients dans l'ensemble de l'organisme, l'accès à des données probantes et à des meilleures pratiques, la reconnaissance du personnel et des prestataires de services pour l'innovation visant à améliorer la sécurité des clients.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'organisme évalue les problèmes liés à la sécurité des patients.
- Un plan et un processus permettent de s'occuper des problèmes de sécurité des patients cernés.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Zimmerman R, Ip I, Christoffersen E, Shaver J. Developing a patient safety plan. *Healthcare Quarterly*. 2008; 11(Sp), p. 26 à 30.
- (2) Kohn, L, Corrigan J, Donaldson M. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press. 1999.

PRÉVENTION DE LA VIOLENCE EN MILIEU DE TRAVAIL

L'organisme met en œuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail.

CONSEILS

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

Agrément Canada a adopté la définition modifiée de la violence en milieu de travail établie par l'Organisation internationale du Travail, soit : Incidents au cours desquels une personne est menacée, maltraitée ou victime de voies de fait dans une situation liée à son travail, ce qui inclut toutes les formes de harcèlement, d'intimidation, de menaces physiques ou de voies de fait, de vol et autres comportements importuns. Ces comportements peuvent provenir de client ou de collègues, et ce, à n'importe quel palier de l'organisme.

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

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

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

(Suite à la prochaine page)



Prévention de la violence en milieu de travail (Suite)

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'organisme dispose d'une politique écrite sur la prévention de la violence en milieu de travail.
- La politique est élaborée en collaboration avec le personnel, les prestataires de services et les bénévoles.
- La politique précise le nom des personnes responsables de sa mise en oeuvre et de son respect.
- L'organisme effectue des évaluations des risques pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.
- Un processus écrit permet au personnel et aux prestataires de services de signaler en toute confidentialité les incidents liés à la violence au travail.
- Un processus écrit permet aux dirigeants de l'organisme d'enquêter sur les incidents liés à la violence au travail et d'y donner suite.
- Les dirigeants de l'organisme étudient les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail, et ils se servent des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence, et apporter des améliorations à la politique sur prévention de la violence en milieu de travail.
- L'organisme fournit de l'information et de la formation au personnel sur la prévention de la violence au travail.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International. 2002.
- (2) Kling, R., et coll. Characterizing violence in health care in British Columbia. *Journal of Advance Nursing*, 2009, 65: 1655-1663.
- (3) Gacki-Smith, J., et coll. Violence against nurses in US emergency departments. *Journal of Nursing Administration*, 2009, 39, p. 340 à 349
- (4) Gates, D., et coll. Reducing assaults against nursing home caregivers. *Nursing Research*, 2005, 54, p. 119 à 127.
- (5) Peek-Asa, C., et coll. Workplace violence prevention programs in psychiatric units and facilities. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2009, 23, p. 166 à 176.
- (6) Preventing and Managing Violence in the Workplace. *Healthy Work Environments Best Practice Guidelines*. 2009. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Toronto, ON.



PROGRAMME D'ENTRETIEN PRÉVENTIF

Les dirigeants de l'organisme mettent en oeuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.

CONSEILS

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

TESTS DE CONFORMITÉ

- Il existe un programme d'entretien préventif pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie.
- Il y a des rapports d'entretien préventif pertinents.
- Les dirigeants de l'organisme disposent d'un processus pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.
- Un suivi, lequel est consigné, est effectué en ce qui concerne les enquêtes relatives à des incidents et à des problèmes impliquant les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Silva R, Pinda M. Risk-based preventive maintenance program for medical equipment. J Clin Eng. 2000; 25(5), p.265 à 276.

SÉCURITÉ DES PATIENTS : FORMATION ET PERFECTIONNEMENT

L'organisme offre, au moins une fois l'an, de la formation ou du perfectionnement aux dirigeants de l'organisme, au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles au sujet de la sécurité des patients, y compris du perfectionnement sur des secteurs ciblés en matière de sécurité des patients.

CONSEILS

La formation annuelle sur la sécurité des patients est offerte aux dirigeants de l'organisme, au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles; les organismes cernent des secteurs spécifiques en matière de sécurité des patients tels que l'utilisation sécuritaire des médicaments, l'utilisation du mécanisme de déclaration des événements indésirables, une formation sur les facteurs humains, les techniques de communication efficaces, la stérilisation du matériel et des installations, le lavage des mains et les mesures d'hygiène, ainsi que la prévention des infections.

TESTS DE CONFORMITÉ

- On offre chaque année de la formation sur la sécurité des patients adaptée aux besoins du personnel et aux secteurs ciblés par l'organisme en matière de sécurité des patients.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Canadian Patient Safety Institute. Tools & resources. Disponible à partir du site Web de l'Institut canadien pour la sécurité des patients : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/Pages/default.aspx>.
- (2) National Steering Committee on Patient Safety. (2002). Building a safer system: A national integrated strategy for improving patient safety in Canadian health care. Retrieved from the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada website: http://rcpsc.medical.org/publications/building_a_safer_system_e.pdf.

SÉCURITÉ DES PATIENTS : RÔLES ET RESPONSABILITÉS

L'organisme définit les rôles, responsabilités et obligations redditionnelles des dirigeants de l'organisme, du personnel, des prestataires de services et des bénévoles en ce qui concerne les soins et la sécurité.

CONSEILS

Les dirigeants de l'organisme, le personnel, les prestataires de services et les bénévoles jouent un rôle important dans la sécurité des patients. Les erreurs de système qui résultent de multiples défaillances sur le plan des processus et de la communication entraînent souvent des événements indésirables.

Les rôles et les responsabilités en matière de sécurité des clients peuvent être définis dans les profils de poste, les évaluations du rendement, les manuels et les manuels d'orientation. De plus, la sécurité des patients est un sujet qui peut être traité régulièrement dans les bulletins et dans les procès-verbaux des comités de sécurité des clients.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'attention portée à la sécurité des patients est démontrée dans la définition des rôles et responsabilités.
- Les dirigeants de l'organisme, le personnel, les prestataires de services et les bénévoles sont en mesure d'expliquer comment ils contribuent à la sécurité des patients.
- Des politiques et des procédures définissent les comportements attendus qui favorisent la sécurité des patients.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Leonard, M. *Achieving Safe and Reliable Healthcare*. Chicago: Health Administrative Press. 2004.



DIRECTIVES SUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS

L'organisme se conforme aux directives internationales, fédérales et provinciales ou territoriales en matière de prévention des infections.

CONSEILS

L'élaboration et la mise en oeuvre de directives détaillées sur la prévention des infections réduisent les risques d'infections nosocomiales et contribuent à la sécurité des clients. Les lignes directrices ou groupes issus des provinces englobent le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) en Ontario et le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'organisme connaît et respecte les directives internationales, fédérales, provinciales ou territoriales en matière de prévention des infections.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Burke JP. Infection Control: A Problem for Patient Safety. Health Policy Report. 2003; p. 348, 651 à 656.
- (2) Gurses AP, Seidl KL, Vaidya V, Bochicchio G, Harris AD, Hebden J, Xiao Y. Systems ambiguity and guideline compliance: a qualitative study of how intensive care units follow evidence-based guidelines to reduce healthcare-associated infections. Qual Saf Health Care. 2008; 17: 351-359.



FORMATION ET PERFECTIONNEMENT SUR L'HYGIÈNE DES MAINS

L'organisme offre de la formation et du perfectionnement sur le lavage des mains au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles.

CONSEILS

Le lavage des mains est un élément essentiel d'un programme de prévention des infections adéquat dans le milieu des soins de santé. Cela dit, les protocoles établis pour bien se laver les mains ne sont pas beaucoup respectés. L'estimation des coûts qui découlent des infections nosocomiales dépasse largement les coûts liés à l'hygiène des mains. Par exemple, les coûts liés à la promotion de l'hygiène des mains correspondaient à moins de 1 pour cent des coûts associés aux infections nosocomiales.

La formation sur le lavage des mains et les mesures d'hygiène est multimodale et porte sur l'importance de ces mesures pour prévenir la propagation des infections, les facteurs démontrés efficaces pour influencer le comportement face au lavage des mains, ainsi que sur les techniques appropriées de lavage des mains. La formation comprend aussi des recommandations sur le moment où il faut se laver les mains, par exemple avant et après chaque contact direct avec un client.

TESTS DE CONFORMITÉ

- On offre de la formation et du perfectionnement sur l'hygiène des mains et un protocole.
- Le personnel, les prestataires de services et les bénévoles comprennent comment appliquer le protocole d'hygiène des mains.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Hilburn J, Hammond BS, Fendler EJ, Groziak PA. Use of alcohol hand sanitizer as an infection control strategy in an acute care facility. *American Journal of Infection Control*. 2003;31(2):109-16.
- (2) Huber MA, Holton RH, Terezhalmay GT. Cost analysis of hand hygiene using antimicrobial soap and water versus an alcohol-based hand rub. *Journal of Contemporary Dental Practice*. 2006; 7(2):37-45.
- (3) Gould D. Nurses' hands as vectors of hospital-acquired infection: a review. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16(10):1216-25.
- (4) Stone PW, Hasan S, Quiros D, Larson EL. Effect of guideline implementation on costs of hand hygiene. *Nursing Economics*. 2007; 25(5):279-84.
- (5) Pittet D, Sax H, Hugonnet S, Harbarth S. Cost implications of successful hand hygiene promotion. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2004; 25(3):264-6.



PROCESSUS DE STÉRILISATION

L'organisme examine, et le cas échéant, améliore ses processus de retraitement de l'équipement.

CONSEILS

La surveillance du cycle de stérilisation aide les organismes à cerner des possibilités d'amélioration et à réduire les infections nosocomiales.

Les organismes procèdent au retraitement de l'équipement en suivant les directives du fabricant. Si l'organisme ne s'occupe pas lui-même du retraitement de l'équipement, il dispose d'un processus pour veiller à ce que l'équipement soit stérilisé adéquatement avant utilisation.

TESTS DE CONFORMITÉ

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

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Bailey TM, Ries NM. Legal Issues in Patient Safety: The Example of Nosocomial Infection. *Healthcare Quarterly*. 2005; Vol. 8, Édition spéciale.
- (2) Rutala WA, Weber DJ. Infection control: the role of disinfection and sterilization. *Journal of Hospital Infection*. 2004; 43(1), S43-S55.

TAUX D'INFECTION

L'organisme fait le suivi des taux d'infections, analyse l'information recueillie pour déterminer des regroupements, des épidémies et des tendances, et partage l'information dans l'ensemble de l'organisme.

CONSEILS

Les méthodes de dépistage peuvent porter sur une maladie ou un secteur de services en particulier, ou peuvent se faire à l'échelle de l'organisme ou de la région. Elles peuvent englober des techniques virtuelles de surveillance et d'analyse des données pour aider à détecter les épidémies non encore reconnues.

L'organisme détermine les infections et les agents infectieux les plus courants dans ses services et au sein des populations de clients qu'il dessert, cela peut englober le C. difficile, les infections des champs opératoires, la grippe de type A, le virus Norwalk, et les infections des voies urinaires. L'organisme fait le suivi de ces infections ainsi que d'autres maladies et micro-organismes résistants aux antibiotiques à déclaration obligatoire. L'information dont on fait le suivi englobe la fréquence des occurrences et les changements dans la fréquence sur une période donnée, les taux de mortalité associés aux infections, et les coûts qui s'y rattachent.

Un personnel bien informé au sujet des taux d'infections est généralement mieux préparé pour prévenir et gérer les infections. L'organisme identifie quelles sont les personnes responsables de recevoir l'information relative aux infections et aux maladies, p. ex. le conseil d'administration, la haute direction, le personnel et les prestataires de services; et il établit des plans qui permettent de diffuser l'information adéquatement, régulièrement et au bon moment, p. ex. en produisant des rapports trimestriels aux services.

En plus du personnel et des prestataires de services, l'organisme tient aussi le conseil d'administration à jour au sujet des taux d'infections et des autres questions liées à la prévention des infections. Cela peut relever directement de la haute direction ou d'un comité médical consultatif.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'organisme fait le suivi des taux d'infections.
- L'organisme analyse les épidémies et émet des recommandations afin d'éviter qu'elles se produisent à nouveau.
- Le personnel et les prestataires de services connaissent les taux d'infections et les recommandations qui découlent des études sur les épidémies.
- L'organisme fournit des rapports trimestriels au sujet des taux d'infections.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Jarvis, W. Benchmarking for prevention: the Centers for Disease Control and Prevention's National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) system experience. *Infection*. 2003; 31, suppl 2, p. 44 à 48.
- (2) Humphreys H, Cunney R. Performance indicators and the public reporting of healthcare associated infection rates. *Clinical Microbiology and Infection*. 2008; 14, p. 892 à 894.
- (3) O'Neill E, Humphrey H. Use of surveillance data for prevention of healthcare associated infection: risk adjustment and reporting dilemmas. *Current Opinions in Infectious Diseases*. 2009; 22, p. 359 à 363.



VACCIN ANTIGRIPPAL

L'organisme élabore et met en œuvre une politique et une procédure pour l'administration du vaccin antigrippal.

CONSEILS

La vaccination s'avère un moyen peu coûteux et efficace de prévenir la maladie. Les preuves démontrent qu'une intervention visant à améliorer l'évaluation et l'administration du vaccin antigrippal au personnel des soins de santé, prestataires de services et clients améliorerait les résultats cliniques en plus de réaliser des économies de coûts pour le système de soins de santé.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'organisme dispose d'une politique et d'une procédure pour l'administration du vaccin antigrippal.
- La politique et la procédure incluent l'identification des populations susceptibles d'être à risque d'avoir des complications associées à la grippe.
- La politique et la procédure comprennent l'administration du vaccin antigrippal au personnel.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Kwong J, et coll. Effect of Universal Influenza Immunization on Mortality and Health Care Use. *PLoS Medicine*. 2008; 5: e211.
- (2) Anikeeva O, et coll. Requiring Influenza Vaccination for Health Care Workers. *Amer J of Public Health*. 2009; 99: 24.
- (3) Nichol K, et coll. Burden of Influenza like illness and effectiveness on influenza vaccination among working adults aged 50-64 years. *CID*. 2009; 48: 292.
- (4) Polgreen P, et coll. A statewide system for improving influenza vaccination rates among hospital employees. *Inf Cont Hosp Epidem*. 2009; 30.

VACCIN ANTIPNEUMOCOCCIQUE

L'organisme élabore et met en œuvre une politique et une procédure pour l'administration du vaccin antipneumococcique.

CONSEILS

Les populations à risque d'avoir des complications résultant d'une maladie pneumococcique peuvent inclure les clients et le personnel.

Les preuves démontrent que le fait de vacciner les clients qui présentent des risques élevés peut améliorer les taux de morbidité et de mortalité, et réduire les coûts pour le système de soins de santé.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'organisme dispose d'une politique et d'un protocole pour l'administration du vaccin antipneumococcique.
- La politique et le protocole comprennent l'identification des populations à risque d'avoir des complications résultant d'une maladie pneumococcique.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Williams RM. Pneumococcal vaccination. Lippincott's Primary Care Practice.1998 ; 2(6):625-33.
- (2) Sisk JE, Moskowitz AJ, Whang W, Lin JD, Fedson DS, McBean AM, Plouffe JF, Cetron MS, Butler JC. Cost-effectiveness of vaccination against pneumococcal bacteremia among elderly people. JAMA. 1997; 278(16):1333-9.
- (3) Honeycutt AA, Coleman MS, Anderson WL, Wirth KE. Cost-effectiveness of hospital vaccination programs in North Carolina. Vaccine. 2007; 25(8):1484-96.

VÉRIFICATION DE L'HYGIÈNE DES MAINS

L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies liées à l'hygiène des mains.

CONSEILS

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important employé pour réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés.

La vérification des mesures d'hygiène des mains permet à l'organisme de surveiller la conformité aux protocoles de lavage des mains, d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les installations pour le lavage des mains, et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène à l'intérieur de l'organisme. Des études ont démontré que l'amélioration de la conformité aux directives sur le lavage des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'organisme effectue une vérification de sa conformité aux pratiques liées à l'hygiène des mains.
- L'organisme partage les résultats de sa vérification avec le personnel, les prestataires de services et les bénévoles.
- L'organisme utilise les résultats de la vérification pour apporter des améliorations à ses pratiques liées à l'hygiène des mains.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Howard DP, et coll. A simple effective clean practice protocol significantly improves hand decontamination and infection control measures in the acute surgical setting. *Infection*. 2009; 37(1):34-8.
- (2) Eveillard M, et coll. Measurement and interpretation of hand hygiene compliance rates: importance of monitoring entire care episodes. *J Hosp Infect*. 2009.
- (3) Lederer JW, et coll. A comprehensive hand hygiene approach to reducing MRSA health care-associated infections. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2009; 35(4):180-5.
- (4) Bryce EA, et coll. The infection control audit: the standardized audit as a tool for change. *Am J Infect Control*. 2007; 35(4):271-83.
- (5) Gould D, et coll. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007; Deuxième édition.

ÉVALUATION DES RISQUES EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ À DOMICILE

L'équipe effectue une évaluation des risques en matière de sécurité pour les clients qui reçoivent des services à domicile.

CONSEILS

Les services de santé offerts au domicile d'un client présentent des facteurs uniques à prendre en considération pour les clients, les familles et le personnel des soins de santé. Le milieu des soins de santé à domicile diffère de bien des façons des services de santé en établissement, dont par les caractéristiques distinctes du domicile de chaque client, la présence intermittente de membres du personnel de soins de santé et le rôle plus large des familles ou des soignants naturels dans la prestation de services de santé.

Il se peut que les organismes de soins et services à domicile aient un contrôle direct des risques présents dans le domicile du client; toutefois, la sécurité des clients, des familles et du personnel qui prennent part aux services de santé à domicile est accrue quand une évaluation des risques est effectuée. Les résultats d'une évaluation des risques à domicile en ce qui a trait à la sécurité peuvent servir à établir les priorités parmi les secteurs de services en plus d'aider à établir des stratégies sécuritaires à intégrer aux plans de services et à communiquer aux clients, aux familles et aux organismes avec lesquels des partenariats existent.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'équipe effectue une évaluation des risques en matière de sécurité pour chaque client au début des services.
- L'évaluation des risques en matière de sécurité comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque du client et des mesures d'urgence.
- L'équipe utilise l'information obtenue de l'évaluation des risques en matière de sécurité pour planifier et offrir les services aux clients, et la communique aux partenaires qui participent à la planification des soins.
- L'équipe met à jour régulièrement l'évaluation des risques en matière de sécurité, et elle utilise l'information pour apporter des améliorations aux services de santé du client.
- L'équipe renseigne les clients et les familles au sujet des problèmes de sécurité à domicile cernés dans l'évaluation.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Lang, A., et coll. Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *International Journal in Quality and Health Care*, 2007, 20, p. 130 à 135.
- (2) Doran, D., et coll. The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAIO-HC reporting system. *Journal of Nurse Management*, 2009, 17, p. 165 à 174.



PRÉVENTION DES PLAIES DE PRESSION

Pour chaque client, l'organisme évalue le risque de développer des plaies de pression et il met en oeuvre des interventions afin de les prévenir.

CONSEILS

Des protocoles normalisés sur la prévention et le traitement des plaies de pression peuvent réduire considérablement l'incidence des plaies de pression. La prévention des plaies de pression améliore la qualité de vie des clients et le moral des soignants, réduit les coûts des services de santé et indique souvent la présence de soins et services de qualité plus élevée.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'organisme effectue une première évaluation du risque de développer des plaies de pression à l'admission à l'aide d'un outil normalisé d'évaluation des risques.
- À intervalles réguliers, l'organisme évalue à nouveau chez chaque client le risque de développer des plaies de pression.
- L'organisme met en oeuvre des protocoles et des procédures documentés afin de prévenir le développement de plaies de pression, qui comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, réduire la pression, changer de position, gérer le taux d'humidité, améliorer la nutrition ainsi que la mobilité et l'activité.
- L'organisme offre de la formation au personnel sur les facteurs de risque d'avoir des plaies de pression et les stratégies de prévention des plaies de pression.
- L'organisme évalue dans quelle mesure il réussit à prévenir le développement de plaies de pression et apporte des améliorations à ses stratégies et processus de prévention.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Bolton, et coll. Assessing the need for developing a comprehensive content-validated pressure ulcer guideline. *Ostomy Wound Management*. 2008; 54: 22-30.
- (2) Xakellis GC, et coll. Cost-effectiveness of an intensive pressure ulcer prevention protocol in long-term care. *Advances in Wound Care*. 1998; 11(1):22-9.
- (3) Erwin-Toth P. Cost effectiveness of pressure ulcer care in the US. *Advances in wound care: the journal for prevention and healing*. 1995; 8(5):59-61.
- (4) Jones S, et coll. A pressure ulcer prevention program. *Ostomy Wound Management*. 1993; 39(4):33-9.
- (5) Frantz RA, et coll. Implementing an incontinence management protocol in long-term care. *Clinical outcomes and costs. Journal of Gerontological Nursing*. 2003; 29(8):46-53.
- (6) Lyder CH, et coll. A comprehensive program to prevent pressure ulcers in long-term care: exploring costs and outcomes. *Wound Management*. 2002; 48(4):52-62.
- (7) Thomson JS, et coll. The economics of preventing and treating pressure ulcers: a pilot study. *Journal of Wound Care*. 1999; 8(6):312-6.



PRÉVENTION DU SUICIDE

L'organisme évalue le risque de suicide chez les clients et fait un suivi.

CONSEILS

Le suicide est une préoccupation globale en matière de santé. En 2006, l'Agence de santé publique du Canada a rapporté que le suicide représente 1, 7 pour cent de tous les décès survenus au Canada. L'évaluation des risques peut aider à prévenir le suicide grâce à une détection précoce des signes de pensées suicidaires et à une intervention appropriée.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'organisme évalue le risque de suicide chez chaque client à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.
- L'organisme cerne les clients à risque.
- L'organisme répond aux besoins de sécurité immédiats du client chez qui on a détecté un risque de suicide.
- L'organisme établit des stratégies d'intervention et de suivi afin d'assurer la sécurité des clients.
- L'organisme consigne la mise en œuvre des stratégies d'intervention et de suivi dans le dossier médical des clients.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) World Health Organization, Suicide Prevention. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- (2) Prévention du suicide. Agence de la santé publique du Canada. 2006.
- (3) Lynch M, et coll. Assessment and management of hospitalized suicidal patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2008; 46: 45-52.
- (4) Anderson M. The national suicide prevention strategy for England. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*. 2008; 15: 154-160.
- (5) Steele M, et coll. Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2008; 52: 35S-45S.



PROPHYLAXIE DE LA THROMBO-EMBOLIE VEINEUSE (TEV)

L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée.

CONSEILS

Thrombo-embolie veineuse » (TEV) est le terme composé désignant la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP). La TEV est une complication grave et courante chez les clients hospitalisés ou subissant une chirurgie. Les preuves démontrent que l'incidence des TEV peut être réduite ou évitée considérablement en ciblant les clients qui risquent d'avoir une TEV et en effectuant les interventions appropriées fondées sur des données probantes. À l'heure actuelle, les American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8e édition) s'avèrent la norme de pratique généralement acceptée pour la prévention des TEV.

L'impact considérable de la thrombo-embolie veineuse aux plans humain et financier est bien documenté. Le développement d'une TEV est associé à une augmentation des décès chez les patients, et constitue la cause évitable de mortalité à l'hôpital la plus courante. De plus, les coûts d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour sont considérablement accrus chez les patients qui développent une TEV.

Nota : Cette POR n'est pas une exigence dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique aux clients âgés de 18 ans et plus.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'organisme dispose d'une politique ou d'une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse.
- L'équipe cerne les clients qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (TEV) [(thrombose veineuse profonde (TVP) et embolie pulmonaire (EP)], et effectue des prophylaxies de la TEV qui sont appropriées et fondées sur des données probantes.
- L'équipe établit des mesures visant le recours à la thromboprophylaxie adéquate; vérifie la mise en oeuvre de la thromboprophylaxie appropriée; et utilise cette information pour apporter des améliorations à ses services.
- *L'équipe cible les clients en chirurgie orthopédique lourde (arthroplastie de la hanche et du genou, chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche) qui nécessitent une prophylaxie après le congé, et elle dispose d'un mécanisme pour offrir aux clients la prophylaxie appropriée après le congé.
- L'équipe donne de l'information aux professionnels de la santé et aux clients sur les risques et la façon de prévenir la TEV.

*Ce test de conformité a été retiré des normes sur les services de traitement du cancer et d'oncologie, le don d'organes de donneurs vivants et la transplantation d'organes et de tissus.

(Suite à la prochaine page)



Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Suite)

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Geerts WH, et coll. Prevention of venous thromboembolism. *American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines* (8th Edition): Chest 2008;133(6 Suppl):381S-453S
- (2) Geerts W. Prevention of venous thromboembolism: a key patient safety priority. *J Thromb Haemost*, 2009;7(Suppl. 1), p. 1 à 8.
- (3) Maynard G, Stein J. Preventing hospital-acquired venous thromboembolism: A guide for effective quality improvement. Prepared by Society of Hospital Medicine. *AHRQ Publication*, No. 08-0075. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Août 2008, [www.ahrq.gov/qual/vtguide/]
- (4) Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Prévention des thrombo-embolies veineuses, trousse de départ. Mai 2008. <http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/vte/pages/gsk.aspx>
- (5) All-Party Parliamentary Thrombosis Group, Department of Health. Venous thromboembolism prevention: A patient safety priority. United Kingdom. 2006.
- (6) Heit JA, Silverstein MD, Mohr DN, et coll. Predictors of survival after deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population-based cohort study. *Arch Intern Med*, 1999, 159:445-453.
- (7) Anderson FA, Wheeler HB, Goldberg RJ, et coll. A population-based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Arch Intern Med Rehabil*, 1991, 15:933-938.
- (8) MacDougall DA, Feliu AU, Boccuzzi SJ, Lin J. Economic burden of deep-vein thrombosis, pulmonary embolism, and post-thrombotic syndrome. *Am J Health Syst Pharm*, 2006, 63(20 Suppl 6):S5-S15.
- (9) Khan NA, Quan H, Bugar JM, et coll. Association of postoperative complications with hospital costs and length of stay in a tertiary care center. *J Gen Intern Med*, 2006, 21:177-180



STRATÉGIE DE PRÉVENTION DES CHUTES

L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.

CONSEILS

Les chutes peuvent entraîner des blessures chez les clients, une augmentation des frais de santé et, éventuellement, des réclamations pour cause de négligence clinique.

Les programmes de prévention des chutes peuvent englober, entre autres, la formation du personnel, l'évaluation des risques, de l'enseignement sur l'amélioration de l'équilibre et le renforcement, la vérification des installations, l'évaluation comportementale, ainsi que le recours à des alarmes de sortie de lit. Les mesures qui peuvent servir à évaluer une stratégie de prévention des chutes peuvent inclure le suivi du pourcentage de clients pour qui on effectue une évaluation des risques, des taux de chutes, des causes de blessures, de même que l'évaluation du bon usage de mesures telles que le recours aux contentions. La tenue de réunions de bilan après une chute peut aussi contribuer à cerner les lacunes en matière de sécurité et à éviter que les chutes se produisent à nouveau.

Au Canada, l'initiative *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* a désigné la prévention des chutes comme une priorité en matière de sécurité. La réduction des chutes et des blessures qui en résultent peut améliorer la qualité de vie des clients et réduire les coûts associés aux blessures graves dues à des chutes.

TESTS DE CONFORMITÉ

- L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes.
- La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.
- La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.
- L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.
- L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.

Stratégie de prévention des chutes (Suite)

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- (1) Oliver D, Killick S, Even T, Willmott M. Do falls and falls-injuries in hospital indicate negligent care -- and how big is the risk? A retrospective analysis of the NHS Litigation Authority Database of clinical negligence claims, resulting from falls in hospitals in England 1995 to 2006. *Quality & Safety in Health Care*. 2008; 17(6):431-6.
- (2) Cusimano MD, Kwok J, Spadafora K. Effectiveness of multifaceted fall-prevention programs for the elderly in residential care. *Injury Prevention*. 2008; 14(2):113-22.
- (3) Hill KD, Vu M, Walsh W. Falls in the acute hospital setting--impact on resource utilization. *Australian Health Review*. 2007; 31(3):471-7.
- (4) Beard J, et coll. Economic analysis of a community-based falls prevention program. *Public Health*. 2006; 120(8):742-51.
- (5) Roudsari BS, et coll. The acute medical care costs of fall-related injuries among the U.S. older adults. *Injury*. 2005; 36(11):1316-22.
- (6) Robertson MC, et coll. Economic evaluation of a community based exercise programme to prevent falls. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2001; 55(8):600-6.
- (7) Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes: Trousse de départ. Septembre 2010. <http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/Falls/Documents/Chutes - Trousse en avant.pdf>
- (8) LHIN Collaborative. Projet provincial d'intégration des initiatives de prévention des chutes: Cadre stratégique et boîte à outils. Juillet 2011. <<http://www.northwestlhin.on.ca/>>
- (9) BC Injury Research and Prevention Unit. Falls and Related Injuries in Residential Care: A Framework and Toolkit for Prevention. August 2011. <http://www.injuryresearch.bc.ca/categorypages.aspx?catid=1&subcatid=70&catname=Injury%20Topics&subcatname=Falls%20Prevention%20-%20Residential%20Care>
- (10) BC Injury Research and Prevention Unit. Falls Prevention. <http://www.injuryresearch.bc.ca/categorypages.aspx?catid=1&subcatid=70&catname=Injury%20Topics&subcatname=Falls%20Prevention%20-%20Residential%20Care>
- (11) General Practice Services Committee of British Columbia. Falls Prevention Resources for Primary Care. <http://www.gpsc.bc.ca/psp-learning/chronic-disease-management/tools-resources>



TABLEAU DES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES

PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES

Notre objectif qui consiste à orienter nos clients vers une prestation de soins de santé sécuritaire et de qualité est renforcé par les pratiques organisationnelles requises.

CULTURE DE SÉCURITÉ

- Analyse prospective liée à sécurité des patients
- Divulgateion des événements indésirables
- Mécanisme de déclaration des événements indésirables
- Rapports trimestriels sur la sécurité des patients
- Sécurité des patients sous forme de priorité stratégique

COMMUNICATION

- Abréviations dangereuses
- Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle
- Bilan comparative des médicaments à l'admission
- Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé*
- Deux identificateurs de client
- Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire
- Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés
- Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité
- Transfert de l'information

UTILISATIONS DES MÉDICAMENTS

- Concentrations de médicaments
- Électrolytes concentrés
- Formation sur les pompes à perfusion
- Sécurité liée à l'héparine
- Sécurité liée aux narcotiques

MILIEU DE TRAVAIL ET EFFECTIFS

- Plan de sécurité des patients
- Prévention de la violence en milieu de travail
- Programme d'entretien préventif
- Sécurité des patients : formation et perfectionnement
- Sécurité des patients : rôles et responsabilités

PRÉVENTIONS DES INFECTIONS

- Directives sur la prévention des infections
- Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains
- Processus de stérilisation
- Taux d'infection
- Vaccin antigrippal
- Vaccin antipneumococcique
- Vérification de l'hygiène des mains

ÉVALUATION DES RISQUES

- Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile
- Prévention des plaies de pression
- Prévention du suicide
- Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)
- Stratégie de prévention des chutes

* Anciennement nommée *Bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert*



Abréviations dangereuses	9	Directives sur la prévention des infections	47
Analyse prospective liée à sécurité des patients.....	3	Divulgaration des événements indésirables	4
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle		Électrolytes concentrés	37
➔ Pour les normes sur l'efficacité organisationnelle et la direction.	10	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	54
Bilan comparative des médicaments à l'admission		Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	48
➔ Pour les sections de normes autres que les suivantes : Soins ambulatoires, Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer, Services de gestion des cas, Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients, Efficacité organisationnelle, Services des urgences, Soins et services à domicile, Normes sur la direction	12	Formation sur les pompes à perfusion	38
➔ Pour les normes à l'intention des services des urgences	14	Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire.....	30
➔ Pour les services de soins ambulatoires et les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	16	Mécanisme de déclaration des événements indésirables	6
➔ Pour les services de gestion des cas, les services de santé mentale communautaires et de soutien offert aux clients et les soins et services à domicile.....	18	Plan de sécurité des patients	41
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (<i>anciennement nommée Bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert</i>)		Prévention de la violence en milieu de travail	42
➔ S'adresse aux équipes de soins ambulatoires, de services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer, de services de gestion des cas, de services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients et de soins et services à domicile.	20	Prévention des plaies de pression	55
➔ S'adresse aux équipes qui utilisent les services offerts aux personnes atteintes de lésions cérébrales et aux équipes de services de traitement du cancer et d'oncologie, de services de soins intensifs, de services des urgences, de services palliatifs et de services de fin de vie, de services de médecine, de services de santé mentale, de services d'obstétrique et périnatalité, de services d'obstétrique, de services de réadaptation, de services de toxicomanie et de lutte contre l'obsession du jeu, et de services de chirurgie.	22	Prévention du suicide	56
➔ S'adresse aux équipes de soins de longue durée.....	25	Processus de stérilisation.....	49
Concentrations de médicaments	36	Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés	32
Deux identificateurs de client		Programme d'entretien préventif	44
➔ S'adresse aux équipes qui utilisent des normes autres que celles sur la gestion des médicaments.	28	Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)	57
➔ Pour les normes sur la gestion des médicaments.	29	Rapports trimestriels sur la sécurité des patients.....	7
		Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité	34
		Sécurité des patients : formation et perfectionnement	45
		Sécurité des patients : rôles et responsabilités	46
		Sécurité des patients sous forme de priorité stratégique.....	8
		Sécurité liée à l'héparine	39
		Sécurité liée aux narcotiques	40
		Stratégie de prévention des chutes.....	59
		Transfert de l'information.....	35
		Taux d'infection	50
		Vaccin antigrippal	51
		Vaccin antipneumococcique.....	52
		Vérification de l'hygiène des mains	53



ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

Driving Quality Health Services
Force motrice de la qualité des services de santé

www.accreditation.ca

Agrément Canada est un organisme sans but lucratif et indépendant qui fournit aux organismes de services de santé un processus d'agrément rigoureux et exhaustif. Il favorise l'amélioration continue de la qualité au moyen de normes fondées sur des données probantes et d'un examen mené par des pairs de l'externe. Agréé par l'International Society for Quality in Health Care, Agrément Canada aide les organismes à viser l'excellence depuis plus de 50 ans.

150, chemin Cyrville
Ottawa (Ontario) K1J 7S9 Canada
613-738-3800 • 1-800-814-7769