



Politique-cadre 9 (ÉBAUCHE)

pour aider les foyers de SLD à réviser et à mettre à jour leurs politiques de gestion des médicaments

Signaler, apprendre et agir suite à des incidents liés aux médicaments

Objectif

L'objectif de la présente politique est de garantir un processus organisationnel rapide, cohérent et normalisé pour signaler, apprendre et agir à la suite d'un incident lié à des médicaments au sein du foyer. Les résultats de ce processus sont définis ci-dessous.

Tableau A : Signaler, apprendre et agir suite aux conséquences d'un incident médicamenteux

Signaler	Apprendre	Agir
<ul style="list-style-type: none">• Tous les résidents et leur famille, le personnel et les prescripteurs reconnaissent et signalent les incidents médicamenteux touchant les résidents.• Toute modification importante de l'état de santé d'un résident est examinée afin de déterminer si une réaction indésirable à un médicament, une erreur ou un autre problème connexe (p. ex. une hypoglycémie) a pu se produire, puis un rapport est établi le cas échéant.• Les résidents et leur famille, le personnel et les prescripteurs participent à l'élaboration et au maintien d'une culture juste¹ au sein du foyer. Un climat de confiance est maintenu, notamment en veillant à ce qu'il n'y ait ni blâme ni réprobation, et que des mesures disciplinaires ou autres mesures punitives ne soient prises qu'en de rares circonstances dûment justifiées.	<ul style="list-style-type: none">• Les rapports d'incidents médicamenteux sont examinés sur réception par le personnel désigné au sein du foyer dans le but de s'assurer que :<ol style="list-style-type: none">a. les mesures initiales appropriées ont été prises afin de prévenir ou de traiter tout préjudice au résident et s'assurer qu'aucun incident similaire ne risque d'arriver aux autres résidents;b. des faits suffisants sont obtenus et examinés pour s'assurer que personne ne cause de préjudice intentionnel au résident;c. les types d'incidents médicamenteux, et leurs facteurs contributifs, sont identifiés en collaboration avec une équipe de prestataires et un représentant du résident ou de sa famille en utilisant une approche systémique d'analyse²; etd. les conclusions de l'analyse sont compilées et partagées avec le comité désigné du foyer.	<ul style="list-style-type: none">• Le directeur des soins (DS) veille à ce que les facteurs contributifs des incidents médicamenteux et des préjudices aux résidents, ou du risque significatif de préjudice, soient priorisés et résolus en prenant les mesures appropriées.• Des outils et des stratégies d'amélioration de la qualité (AQ) sont normalisés et mis à disposition pour élaborer, instaurer et évaluer les améliorations de la sécurité des médicaments.• Le personnel, les prescripteurs et les fournisseurs de services pharmaceutiques s'engagent à agir en utilisant les outils et stratégies d'AQ.• Signaler, apprendre et agir au sein du foyer mène à revoir la conception des politiques, des processus de soins, des produits et des procédures, ainsi que des méthodes de travail des individus et des équipes. De telles mesures entraînent habituellement une réduction mesurable et durable du risque pour les résidents.

Voir le Glossaire des termes clés à l'annexe A.

Politique modèle à réviser et à adapter par les foyers de SLD

Remarque : Chaque foyer étant unique, il est nécessaire de procéder à une révision et à des modifications, s'il y a lieu.



Portée

Cette politique s'applique à l'ensemble du personnel des établissements de soins de longue durée et aux prescripteurs intervenant dans la prestation des soins aux résidents et à leur famille.

Aperçu du processus

Le processus de signalement des incidents médicamenteux, d'apprentissage et d'adoption de mesures afférentes est interprofessionnel, interdépendant et s'appuie sur une approche d'équipe qui fait participer les résidents et les familles de façon constructive.

Un processus normalisé qui est fidèlement mis en œuvre vient appuyer une gestion sécuritaire des médicaments au sein du foyer et les critères d'accréditation applicables.

Des rôles et responsabilités clairement définis constituent un aspect essentiel de ce processus.

Rôles et responsabilités

1. Les résidents et leur famille

- a. Engagent régulièrement des discussions avec leur équipe soignante (personnel infirmier, prescripteurs et pharmaciens) à propos des médicaments qui sont fournis.
(voir les *Cinq questions à poser*³ à titre de ressource pour ces discussions).
- b. Partagent toutes questions ou préoccupations s'ils croient que quelque chose ne va pas avec les médicaments qu'on leur administre.
- c. Partagent toute recommandation visant réduire les risques d'incidents liés à des médicaments avec le directeur des soins (DS) ou son représentant désigné.
- d. À la demande du DS ou de son représentant désigné, participent à une analyse des incidents à l'aide d'une approche systémique².
- e. Collaborent avec le personnel infirmier, les prescripteurs, les pharmaciens et les autres personnes qui utilisent des outils d'AQ pour élaborer, mettre en place et évaluer des mesures visant à réduire le risque d'incidents médicamenteux.

2. Le personnel infirmier

- a. Engage des discussions avec les résidents et les membres de leur famille ou aidants naturels à propos des médicaments qui sont fournis.
- b. Surveille les résidents afin d'évaluer les effets des médicaments et de déterminer s'ils ne sont pas conformes aux attentes.
- c. Avise le prescripteur concerné et le DS ou son représentant désigné s'ils croient qu'un incident médicamenteux est survenu.
- d. Réalise tout traitement prescrit et/ou évaluation supplémentaire demandée par le prescripteur ainsi que toute mesure définie par le par le DS ou son représentant désigné.



Politique-cadre 9 (ÉBAUCHE)

pour aider les foyers de SLD à réviser et à mettre à jour leurs politiques de gestion des médicaments

Signaler, apprendre
et agir suite à des
incidents liés aux
médicaments

Rôles et responsabilités (suite)

2. Le personnel infirmier (suite)

- e. S'assure que le résident et les membres de sa famille (s'il y a lieu) soient informés de toutes erreurs ou problématiques liées à des médicaments et des mesures de suivi mises en place.
- f. Rédige et présente un rapport d'incident médicamenteux conformément à la politique du foyer.
- g. Partage toute recommandation visant à réduire les risques d'incidents médicamenteux avec le DS ou son représentant désigné.
- h. À la demande du DS ou de son représentant désigné, participe à une analyse des incidents à l'aide d'une approche systémique.
- i. Collabore avec les prescripteurs, les pharmaciens et les autres personnes qui utilisent des outils d'AQ pour élaborer, mettre en place et évaluer des mesures visant à réduire le risque d'incidents médicamenteux.

3. Les prescripteurs

- a. Engagent régulièrement des discussions avec leurs résidents et/ou les membres de leur famille à propos des médicaments qui sont fournis.
- b. Surveillent les résidents afin d'évaluer les effets des médicaments et de déterminer s'ils ne sont pas conformes aux attentes.
- c. Avisent le personnel infirmier et le DS ou son représentant désigné si un incident médicamenteux est survenu.
- d. Prescrivent tous traitements et/ou demandent des évaluations supplémentaires devant être réalisés par le personnel infirmier ou les pharmaciens.
- e. S'assurent qu'un rapport d'incident médicamenteux a été réalisé conformément à la politique du foyer.
- f. Partagent toute recommandation visant à réduire les risques d'incidents médicamenteux avec le DS ou son représentant désigné.
- g. À la demande du DS ou de son représentant désigné, participent à une analyse des incidents à l'aide d'une approche systémique.
- h. Collaborent avec le personnel infirmier, les pharmaciens et les autres personnes qui utilisent des outils d'AQ pour élaborer, mettre en place et évaluer des mesures visant à réduire le risque d'incidents médicamenteux.



Politique-cadre 9 (ÉBAUCHE)

pour aider les foyers de SLD à réviser et à mettre à jour leurs politiques de gestion des médicaments

Signaler, apprendre
et agir suite à des
incidents liés aux
médicaments

Rôles et responsabilités (suite)

4. Les pharmaciens des fournisseurs de services pharmaceutiques
 - a. Surveillent les résidents afin d'évaluer les effets des médicaments et de déterminer s'ils ne sont pas conformes aux attentes.
 - b. Avisent le personnel infirmier concerné et le DS ou son représentant désigné s'ils croient qu'un incident médicamenteux est survenu.
 - c. Avisent le personnel infirmier concerné et le DS ou son représentant désigné si un incident médicamenteux est survenu à la pharmacie en lien avec les médicaments fournis au(x) résident(s).
 - d. S'assurent qu'un rapport d'incident médicamenteux a été réalisé.
 - e. Partagent toute recommandation visant à réduire les risques d'incidents médicamenteux avec le DS ou son représentant désigné.
 - f. À la demande du DS ou de son représentant désigné, participent à une analyse des incidents à l'aide d'une approche systémique.
 - g. Collaborent avec le personnel infirmier, les prescripteurs et les autres personnes qui utilisent des outils d'AQ pour élaborer, mettre en place et évaluer des mesures visant à réduire le risque d'incidents médicamenteux.

5. Le directeur des soins ou son représentant désigné
 - a. Utilise le Continuum de gestion des incidents¹ (voir l'annexe B) pour élaborer et maintenir un processus organisationnel rapide, cohérent et normalisé de déclaration, d'apprentissage et d'intervention suite à un incident médicamenteux survenant au foyer.
 - b. Collabore avec le directeur médical et la direction des services infirmiers du foyer pour s'assurer que tous les incidents médicamenteux sont examinés afin de déterminer si le préjudice au résident était intentionnel.
 - c. Collabore avec le directeur médical et la direction des services infirmiers du foyer pour s'assurer qu'il y règne une culture juste. Cette culture se traduit par un climat de confiance où le blâme et la réprobation sont absents, et où des mesures disciplinaires ou autres mesures punitives ne sont prises qu'en de rares circonstances dûment justifiées.
 - d. S'assure que tous les résidents et leur famille, le personnel infirmier, les prescripteurs et les pharmaciens puissent aisément signaler un incident lié à des médicaments.
 - e. S'assure que les incidents médicamenteux soient analysés à l'aide d'une approche systémique pour identifier les facteurs contributifs et que ceux qui causent des préjudices aux résidents, ou présentent un risque significatif de préjudice, soient priorisés et résolus en prenant les mesures appropriées.
 - f. S'assure que les outils d'AQ sont utilisés pour concevoir, instaurer et évaluer les améliorations de la sécurité des médicaments.
 - g. S'assure que le comité de gestion des médicaments participe à ce travail, notamment en procédant à des mises à jour régulières de tous les aspects du continuum de gestion des incidents.



Politique-cadre 9 (ÉBAUCHE)

pour aider les foyers de SLD à réviser et à mettre à jour leurs politiques de gestion des médicaments

Signaler, apprendre
et agir suite à des
incidents liés aux
médicaments

Rôles et responsabilités (suite)

6. Comité de gestion des médicaments

- a. Le(s) représentant(s) des résidents/familles, le personnel infirmier, le pharmacien, le DS, le directeur médical et tout autre participant se rencontrent à chaque trimestre.
- b. Le comité examine toute information pertinente concernant la gestion des médicaments dans le foyer, y compris le nombre et le type de rapports d'incidents au cours du dernier trimestre (ainsi que les tendances au cours des dernières années) et discute des facteurs contributifs identifiés à la suite d'une analyse systémique.
- c. Les priorités d'action sont déterminées en fonction des risques réels et/ou potentiels pour les résidents.
- d. Le comité examine les progrès des mesures d'amélioration de la qualité visant à réduire le risque de récurrence d'incidents identiques ou similaires. Le cas échéant, les modifications apportées aux mesures sont achevées et communiquées.

Conformité avec les exigences provinciales en matière de rapports sur les soins de longue durée

Le directeur des soins et le directeur médical sont soumis à un certain nombre d'exigences importantes en matière de déclaration d'incidents liés aux médicaments, qui sont officialisées par des règlements. Ces exigences sont énoncées dans le [Règlement de l'Ontario 246/22](#) dans les articles suivants.

- [Articles 108 à 112](#) : Rapports relatifs aux plaintes et aux enquêtes
- [Article 115](#) : Rapports relatifs aux incidents graves
- [Article 147](#) : Rapports relatifs aux incidents liés à des médicaments et aux réactions indésirables à des médicaments
- [Article 168](#) : Rapport annuel relatif à l'initiative d'amélioration constante de la qualité
- [Article 284](#) : Rapport annuel
- [Article 285](#) : Rapport relatif au personnel clé

L'article 115 porte spécifiquement sur la déclaration des incidents graves et décrit les différents délais de déclaration de ces incidents, qui tiennent compte de l'urgence ou de la gravité de ceux-ci.

Les incidents graves qui doivent être signalés [immédiatement](#) sont les suivants :

- les situations d'urgence (incendie, évacuations non planifiées),
- un décès inattendu ou soudain,
- un résident qui est porté disparu depuis trois heures ou plus,
- un résident porté disparu qui retourne au foyer avec une lésion ou des changements indésirables de son état (peu importe la durée de sa disparition),
- l'écllosion d'une maladie importante au plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible, ou
- la contamination d'une source d'approvisionnement en eau potable.



Les incidents graves qui doivent être signalés **dans un délai d'un jour ouvrable** comprennent :

- un résident qui est porté disparu depuis moins de trois heures et qui retourne au foyer sans aucune lésion ni aucun changement indésirable de son état;
- un risque environnemental qui a une incidence sur la fourniture de soins ou sur la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents pendant une période de plus de six heures (panne du système de sécurité, d'un équipement important, inondation);
- une substance désignée manque ou il existe une différence d'inventaire;
- un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé;
- un incident lié à un médicament ou une réaction indésirable à un médicament nécessite qu'un résident soit transporté à l'hôpital;
- l'utilisation de glucagon nécessite qu'un résident soit transporté à l'hôpital; ou
- un incident provoquant un cas d'hypoglycémie grave ou d'hypoglycémie réfractaire nécessite qu'un résident soit transporté à l'hôpital.

Le Règlement prescrit également (au [paragraphe 115\(5\)](#)) les renseignements qui doivent figurer dans le rapport au ministère et les personnes qui doivent être informées (p. ex. le mandataire spécial d'un résident).

Diagramme du processus

Compte tenu du nombre et de la diversité des rôles et des responsabilités liés au signalement, à l'apprentissage et à l'intervention en cas d'incident médicamenteux, il est important d'élaborer un diagramme de processus décrivant simplement les étapes clés et les personnes qui en sont responsables. Le graphique 1 présente un exemple de diagramme de processus.

Le diagramme de processus est une référence rapide importante pour le personnel infirmier, les pharmaciens et les médecins du foyer.



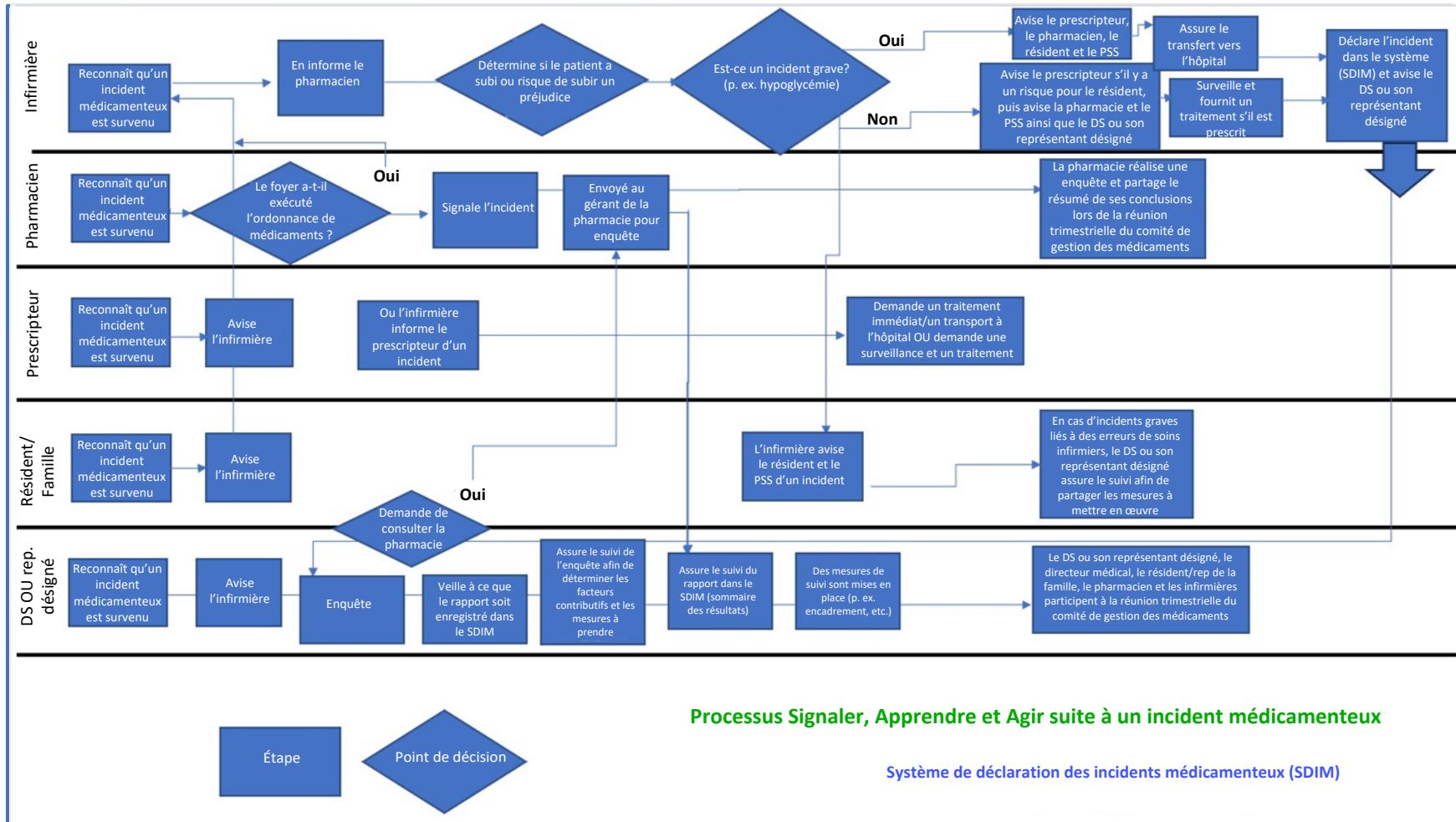
Renforcer la sécurité des médicaments en soins de longue durée

Politique-cadre 9 (ÉBAUCHE)

pour aider les foyers de SLD à réviser et à mettre à jour leurs politiques de gestion des médicaments

Signaler, apprendre et agir suite à des incidents liés aux médicaments

Graphique 1. Sommaire des rôles et responsabilités du processus de signalement des incidents, d'apprentissage et d'intervention



Politique modèle à réviser et à adapter par les foyers de SLD

Remarque : Chaque foyer étant unique, il est nécessaire de procéder à une révision et à des modifications, s'il y a lieu.



Renforcer la sécurité des médicaments en soins de longue durée

Politique-cadre 9 (ÉBAUCHE)

pour aider les foyers de SLD à réviser et à mettre à jour leurs politiques de gestion des médicaments

Signaler, apprendre et agir suite à des incidents liés aux médicaments

Pièces jointes :

Annexe A – Glossaire des termes clés

Annexe B - Continuum de gestion des incidents

Annexe C – Modèle de rapport d’analyse de la chronologie d’un incident

Annexe D – Modèle de diagramme de constellation d’une analyse d’incident

Annexe E – Hiérarchie de l’efficacité de l’intervention

Annexe F – Modèle du plan d’action et du sommaire d’une analyse d’incident



Annexe A : Glossaire des termes clés

Terme	Définition
Hiérarchie de l'efficacité de l'intervention	Une théorie de la gestion des risques qui place les interventions liées au comportement humain (p. ex. l'éducation et la formation) au bas de son échelle et les interventions technologiques (p. ex. les fonctions de contrainte et l'automatisation) comme des interventions à effet de levier plus élevé et plus fiables.
Ingénierie des facteurs humains	L'ingénierie des facteurs humains est la discipline qui vise à comprendre comment les êtres humains interagissent avec le monde qui les entoure. Elle s'appuie sur la recherche appliquée dans de nombreux domaines, tels que la biomécanique, la kinésiologie, la physiologie et les sciences cognitives, pour définir les paramètres et les contraintes qui influencent les performances humaines. Ces connaissances peuvent être utilisées pour concevoir des systèmes compatibles avec les caractéristiques humaines. Inversement, si les systèmes ne sont pas compatibles avec les caractéristiques humaines, les performances peuvent être affectées négativement.
Culture juste	La culture est un ensemble d'attitudes, de valeurs, d'objectifs et de pratiques partagés qui caractérisent une organisation. Une culture juste est une petite partie d'une culture organisationnelle plus large des soins de santé – « la façon dont nous faisons les choses ici » - qui s'efforce de rendre les soins aussi sécuritaires possibles ⁴ .
Incident médicamenteux	Tout événement évitable pouvant causer une utilisation inappropriée de médicaments ou causer des préjudices à un patient ou entraîner ceux-ci lorsque le médicament est sous la responsabilité du professionnel de la santé, du patient ou du consommateur. Les incidents médicamenteux peuvent être liés à la pratique professionnelle, aux produits médicamenteux, aux procédures et aux systèmes et peuvent relever de la prescription; la transmission des renseignements relatifs à l'ordonnance, l'étiquetage, l'emballage ou la nomenclature du produit; la préparation; la délivrance; la distribution; l'administration; l'éducation; la surveillance et l'utilisation.
Approche systémique des analyses	Un processus structuré qui vise à identifier ce qui s'est passé, comment et pourquoi c'est arrivé, ce qui peut être fait pour réduire le risque de récurrence et rendre les soins plus sécuritaires.



Renforcer la sécurité des médicaments en soins de longue durée

Politique-cadre 9 (ÉBAUCHE)

pour aider les foyers de SLD à réviser et à mettre à jour leurs politiques de gestion des médicaments

Signaler, apprendre et agir suite à des incidents liés aux médicaments

Amélioration de la qualité (AQ)

Utiliser des méthodes fondées sur des données probantes pour améliorer les politiques, les processus de soins, les produits et les procédures, ainsi que les méthodes de travail des individus et des équipes. Ces mesures conduisent généralement à une réduction mesurable et durable des risques pour les résidents.

Le cycle Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (PEÉA) est un raccourci pour mettre un changement à l'essai - en le planifiant, en l'essayant, en observant les résultats et en agissant en fonction de ce qui a été appris. Plusieurs cycles PEÉA sont nécessaires pour tester efficacement les changements proposés avant de les mettre en œuvre à grande échelle dans un foyer.



Renforcer la sécurité des médicaments en soins de longue durée

Politique-cadre 9 (ÉBAUCHE)

pour aider les foyers de SLD à réviser et à mettre à jour leurs politiques de gestion des médicaments

Signaler, apprendre et agir suite à des incidents liés aux médicaments

Annexe B : Continuum de gestion des incidents



Source : Cadre canadien d'analyse des incidents²

Avant l'incident

Il est essentiel de disposer d'un plan structuré pour savoir comment reconnaître, réagir et signaler les incidents liés à des médicaments. L'instauration et le maintien d'une culture juste¹ au sein du foyer est fondamental pour que chacun se sente en sécurité pour signaler les incidents et contribuer à l'apprentissage qui s'ensuit.

Intervention immédiate en cas d'incident

L'intervention immédiate la plus importante consiste à prendre soin du résident et des prestataires de soins impliqués dans l'incident. Veillez à ce que les soins dont a besoin le résident touché par l'incident soient dispensés afin d'éviter tout préjudice supplémentaire et d'assurer son rétablissement optimal. Avisez la famille du résident en cas de préjudice et veillez à la garder informée. Il est également important de veiller à ce que les autres résidents du foyer ne soient pas exposés à un risque d'incident identique ou similaire.

Politique modèle à réviser et à adapter par les foyers de SLD

Remarque : Chaque foyer étant unique, il est nécessaire de procéder à une révision et à des modifications, s'il y a lieu.



Intervention immédiate en cas d'incident (suite)

Par ailleurs, les prestataires de soins du foyer peuvent avoir besoin de soutien à la suite d'un incident. Il convient d'évaluer leur capacité à continuer à travailler et de déterminer s'ils ont besoin d'autres formes de soutien.

Tous les éléments associés à l'incident sont récupérés et mis en sécurité en vue de l'analyse à venir. Il peut s'agir de flacons ou d'emballages de médicaments, de seringues, de documents relatifs au dossier médical, d'appareils, etc. qui ont été consultés ou utilisés lors de l'administration de médicaments.

Préparation pour l'analyse

Une enquête préliminaire, comprenant l'examen du rapport d'incident et des données du dossier médical, ainsi que des entretiens avec les prestataires de soins concernés et les résidents/membres de la famille, est réalisée. La décision de procéder à une analyse concise ou exhaustive est prise en fonction de la gravité du préjudice subi par le résident lors de l'incident et de la probabilité qu'un incident similaire se reproduise.

Analyse concise - un facilitateur est désigné et les participants travaillent pendant plusieurs heures ou jours pour réaliser l'analyse.

Analyse exhaustive - un facilitateur est désigné et rencontre une équipe d'analyse formelle au cours d'une ou deux réunions pour réaliser l'analyse.

Processus d'analyse

L'objectif principal du processus d'analyse des incidents est de comprendre ce qui s'est passé et pourquoi, afin de pouvoir élaborer et mettre en œuvre des mesures recommandées pour combler les lacunes ou résoudre les problèmes du processus.

Plusieurs outils et modèles peuvent aider à atteindre cet objectif.

- Un document chronologique (*voir l'annexe C*) est utilisé pour consigner les événements survenus avant, pendant et après l'incident. Il intègre les renseignements recueillis dans le dossier médical et les entretiens avec les parties impliquées dans l'incident, en se plaçant de leur point de vue. Les faits sont documentés dans l'ordre, la date (et l'heure si elle est disponible) est enregistrée et la source de l'information est notée sur le document chronologique.
- Le diagramme de constellation (*voir l'annexe D*) est utilisé pour documenter les facteurs contributifs dans plusieurs catégories de facteurs contributifs - tâche, équipement, environnement de travail, résident, équipe de soins et organisation. Les facteurs contributifs qui ne correspondent pas à ces six catégories sont documentés dans la catégorie « autres ».

Pour chaque facteur contributif, l'équipe pose la question « Pourquoi » à plusieurs reprises afin de définir les chaînes causales de l'incident. L'équipe continue de poser la question « Pourquoi » jusqu'à ce qu'elle parvienne à une conclusion qui reflète le plus clairement ce qui, dans le système, a contribué à l'incident et qui, si l'on y remédiait, réduirait de façon significative tout risque pour les résidents.



Politique-cadre 9 (ÉBAUCHE)

pour aider les foyers de SLD à réviser et à mettre à jour leurs politiques de gestion des médicaments

Signaler, apprendre et agir suite à des incidents liés aux médicaments

- Des rapports sommaires sont élaborés en fonction des résultats du diagramme de constellation. Ils décrivent les relations entre les facteurs contributifs et l'incident/le résultat. Le format suivant est utilisé pour élaborer ces rapports sommaires.
« Le(s) facteur(s) contributif(s), dans le contexte de l'incident, a/ont augmenté ou diminué la probabilité que ce résultat se produise. »
- La hiérarchie de l'efficacité^{5,6} (voir l'annexe E) peut être utilisée pour aider à concevoir des mesures d'amélioration fondées sur les principes des facteurs humains et qui seront donc plus efficaces pour traiter les facteurs contributifs.
- Le plan d'action (voir l'annexe F) fournit une approche structurée pour dresser la liste des rapports sommaires et des mesures qui seront prises pour y répondre. Chaque mesure doit être associée à un objectif **Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporel** (objectif SMART).

Suivi

La mise en œuvre du plan d'action comporte l'essai pilote et le test d'utilisabilité des changements recommandés. Le modèle Planifier, Exécuter, Étudier, Agir des cycles itératifs d'amélioration est utile pour évaluer l'efficacité du changement.

- Planifiez ce que vous allez faire,
- Exécutez-le,
- Étudiez-le pour en vérifier l'efficacité et
- Agissez pour améliorer davantage le processus.

Commencer à petite échelle et généraliser à l'ensemble du foyer est une approche de la gestion du changement qui peut s'avérer efficace. Lors de la mise en œuvre d'un changement, il convient de prévoir une méthode de mesure et de suivi de l'efficacité du changement au fur et à mesure de son déploiement.

Boucler la boucle

Partager les leçons tirées de l'analyse de l'incident et des efforts déployés au sein du foyer pour améliorer la qualité des soins. Cela peut se faire à la fois en interne au sein du foyer et en externe au profit d'autres foyers. Les détails dépersonnalisés des incidents peuvent être soumis à l'ISMP Canada via ce lien : <https://ismpcanada.ca/report/>



Politique-cadre 9 (ÉBAUCHE)

pour aider les foyers de SLD à réviser et à mettre à jour leurs politiques de gestion des médicaments

Signaler, apprendre et agir suite à des incidents liés aux médicaments

Annexe C – Modèle de rapport d'analyse de la chronologie d'un incident²

<u>Chronologie</u>		
<u>Jour/heure</u>	<u>Éléments d'information</u>	<u>Source d'information</u>

Politique modèle à réviser et à adapter par les foyers de SLD

Remarque : Chaque foyer étant unique, il est nécessaire de procéder à une révision et à des modifications, s'il y a lieu.

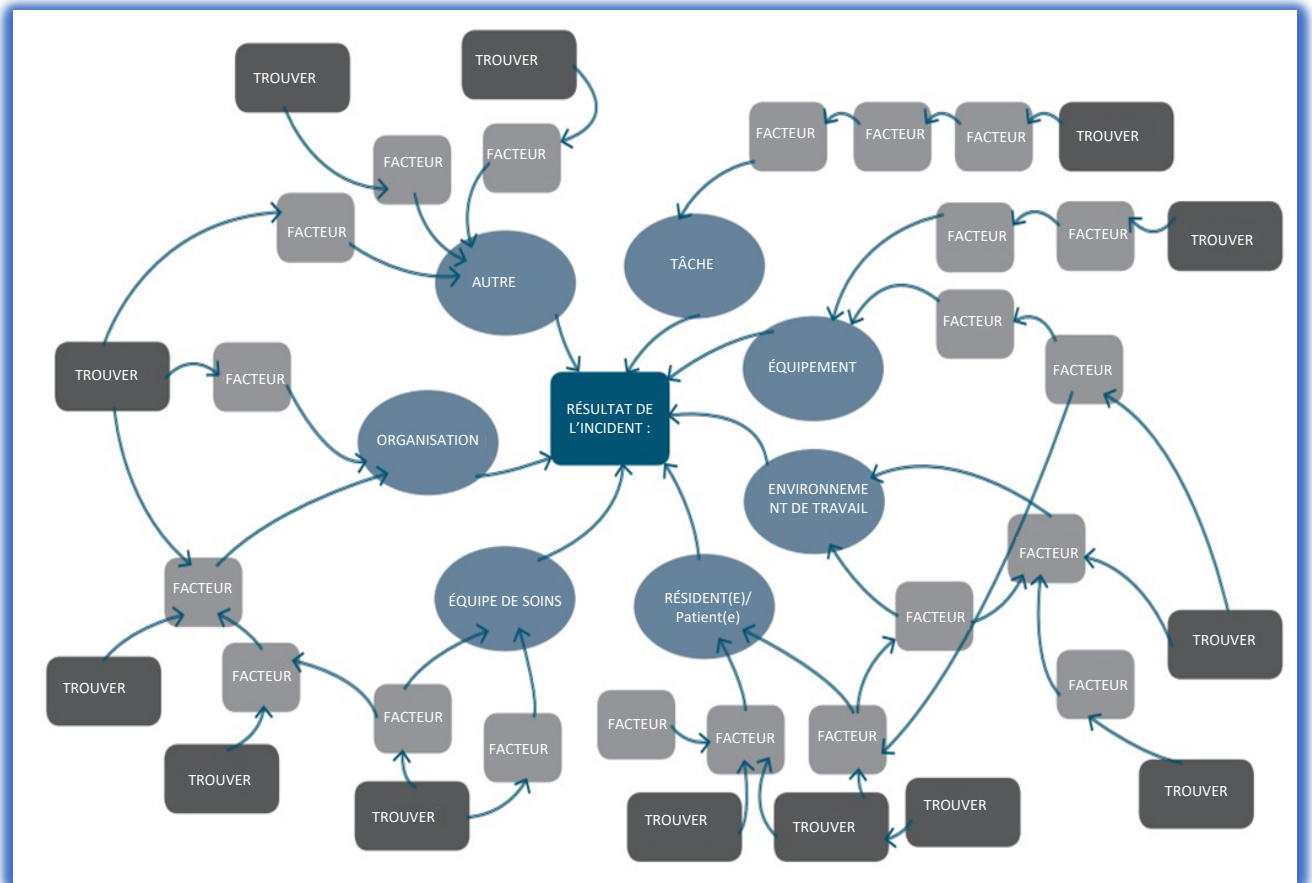


Politique-cadre 9 (ÉBAUCHE)

pour aider les foyers de SLD à réviser et à mettre à jour leurs politiques de gestion des médicaments

Signaler, apprendre et agir suite à des incidents liés aux médicaments

Annexe D – Modèle de diagramme de constellation d'une analyse d'incident²



Politique modèle à réviser et à adapter par les foyers de SLD

Remarque : Chaque foyer étant unique, il est nécessaire de procéder à une révision et à des modifications, s'il y a lieu.



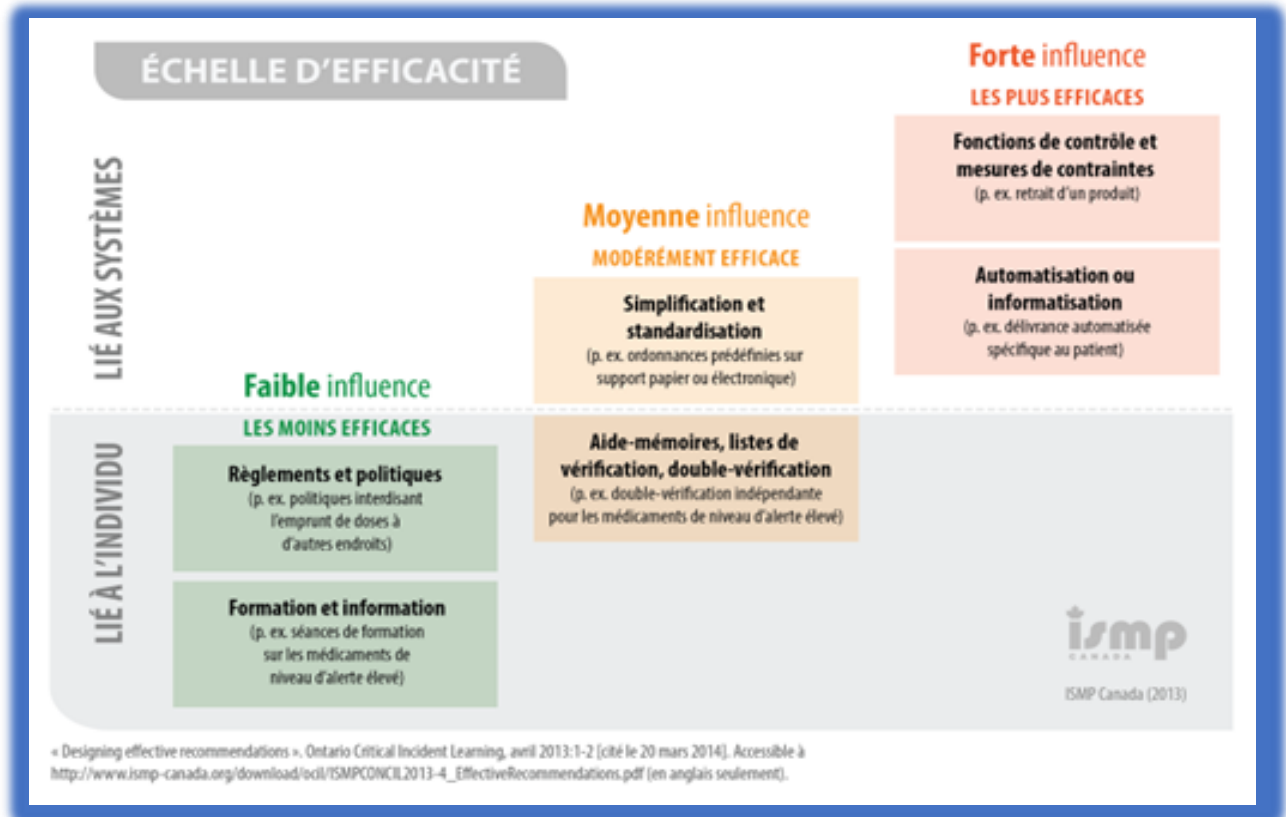
Renforcer la sécurité des médicaments en soins de longue durée

Politique-cadre 9 (ÉBAUCHE)

pour aider les foyers de SLD à réviser et à mettre à jour leurs politiques de gestion des médicaments

Signaler, apprendre et agir suite à des incidents liés aux médicaments

Annexe E – La hiérarchie de l'efficacité^{5,6}



Politique modèle à réviser et à adapter par les foyers de SLD

Remarque : Chaque foyer étant unique, il est nécessaire de procéder à une révision et à des modifications, s'il y a lieu.



Renforcer la sécurité des médicaments en soins de longue durée

Politique-cadre 9 (ÉBAUCHE)

pour aider les foyers de SLD à réviser et à mettre à jour leurs politiques de gestion des médicaments

Signaler, apprendre et agir suite à des incidents liés aux médicaments

Annexe F – Plan d'action²

Plan d'action

Énoncé sommaire :								
Recommandations/ Actions <i>(Que comptez-vous faire ?)</i>	Précis <i>(L'action est-elle claire et précise?)</i>	Mesurable <i>(Comment pourra-t-on vérifier que l'action a été mise en œuvre? Comment pourra-t-on établir qu'elle a été efficace?)</i>	Réalisable <i>(L'action est-elle réalisable avec des ressources et du soutien avant une date précise? Que faudrait-il de plus pour atteindre l'objectif?)</i>	Pertinent <i>(L'action s'attaque-t-elle réellement au problème? L'incident sera-t-il moins susceptible de se produire si l'action est mise en œuvre?)</i>	Échéancier <i>(Quel est le cadre temporel de la mise en œuvre?)</i>	Efficacité <i>(Élevée, moyenne, faible)</i>	Priorité	Responsabilité <i>(Qui, ou quel service, est responsable de la mise en œuvre?)</i>

Politique modèle à réviser et à adapter par les foyers de SLD

Remarque : Chaque foyer étant unique, il est nécessaire de procéder à une révision et à des modifications, s'il y a lieu.



Politique-cadre 9 (ÉBAUCHE)

pour aider les foyers de SLD à réviser et à mettre à jour leurs politiques de gestion des médicaments

Signaler, apprendre et agir suite à des incidents liés aux médicaments

Références

1. Promouvoir une culture juste en soins de longue durée. ISMP Canada (2022).
Référence consultée le 31 août 2023 : [Promouvoir-une-culture-juste.pdf \(ismpcanada.ca\)](#)
2. Partenaires collaborant à l'analyse des médicaments. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton, Alb. : Institut canadien pour la sécurité des patients; 2012. Les partenaires collaborant à l'analyse des médicaments sont l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, Saskatchewan Health, Patients pour la sécurité des patients du Canada (un programme de l'ICSP dirigé par les patients), Paula Beard, Carolyn E. Hoffman et Micheline Ste-Marie. Référence consultée le 31 août 2023 [Resources \(healthcareexcellence.ca\)](#)
3. Cinq questions à poser. ISMP Canada. Référence consultée le 31 août 2023 : [Cinq questions à poser à propos de vos médicaments](#)
4. What is a Just Culture? Health Quality Council of Alberta. Référence consultée le 31 août 2023 : <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/Promouvoir-une-culture-juste.pdf>
5. *The Hierarchy of Effectiveness*, Ontario Critical Incident Learning Bulletin, n° 4, 2013 [en anglais seulement].
6. Institute for Safe Medication Practices, *Medication Error Prevention "Toolbox"*, 1999 [en anglais seulement].