



# Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments

Identification des leaders de pratique en  
bilan comparatif des médicaments au  
Canada

février 2012

# Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments

## Identification des leaders de pratique en bilan comparatif des médicaments au Canada

### SOMMAIRE

Un sondage auprès des organisations de soins de santé identifiées comme leaders de pratique potentiels a été mené de juillet à novembre 2011 afin de favoriser la compréhension de l'état actuel de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments (BCM) au Canada. Le but du sondage était d'identifier les défis et facteurs de réussite dans la mise en œuvre de cet aspect clé de la sécurité des patients et de recueillir un ensemble d'outils et de ressources qui ont contribué à ce succès.

### *Methodologie*

Plus de cinquante organisations, allant des petites installations autonomes à de grandes organisations régionales de soins de santé, représentant neuf provinces, ont été interrogées à l'aide d'un outil de sondage standardisé.

### *Résultats*

Soixante-quatorze pour cent (74 %) des organisations ont indiqué avoir réalisé la mise en œuvre complète du BCM à l'admission du patient contre 43,6 % au transfert et 37,2 % au congé. La majorité des organisations ont mis en œuvre le BCM au sein d'unités médicales (64,7 %) et de chirurgie (58,8 %). Plus de la moitié des participants utilisent un système à base de papier (54,2 %) contre 39,6 % de type hybride électronique/papier, et 14,6 % qui se servent d'un système électronique entièrement intégré pour toute activité liée au BCM. L'utilisation de la technologie a été identifiée comme une exigence essentielle pour la mise en œuvre réussie du BCM à l'échelle du continuum de soins.

Lorsqu'interrogés au sujet de leur plan de mise en œuvre, les répondants ont indiqué avoir employé les trois principales stratégies suivantes :

1. Obtenir l'assurance de l'engagement et du soutien de la haute direction,
2. Recueillir des données de référence afin de démontrer un besoin et de suivre les améliorations au fil du temps, et
3. Mettre des changements à l'épreuve à petite échelle en vue d'orienter de nouvelles stratégies avant le déploiement à grande échelle.

Les réponses indiquaient clairement que le BCM est un processus multidisciplinaire qui requiert l'engagement des médecins, des infirmières et du personnel de pharmacie, et que le leadership efficace est fondamental même si l'utilisation d'une grande variété de modèles de leadership pilotés par des professionnels<sup>1</sup> aux profils différents s'est avérée efficace.

---

<sup>1</sup> Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Les **défis** identifiés par les répondants durant leur effort de mise en œuvre du BCM comprennent les suivants :

1. Manque de ressources humaines et financières (68,8 % n'avaient pas de fonds supplémentaires),
2. Manque de technologie, et
3. Manque d'encadrement professionnel et gouvernemental pour soutenir cet important travail.

Les **facteurs de réussite** identifiés par les organisations incluaient les suivants :

1. Soutien important de la direction,
2. Médecins champions/leaders,
3. Soutien important des technologies de l'information, et
4. Un plan complet de formation du personnel.

La conformité avec les pratiques organisationnelles requises (POR), telle que définie par Agrément Canada, a été identifiée comme moteur principal de la mise en œuvre du BCM au sein des organisations. Plusieurs d'entre elles ont d'ailleurs indiqué qu'après avoir atteint la réussite, le bénéfice clinique était devenu le plus important facteur les poussant à continuer. On a également noté la reconnaissance unanime du soutien apporté par les outils et ressources de *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (SSPSM) dans la mise en œuvre du BCM au sein de ces organisations et à l'échelle du continuum des services de santé.

### **La mesure**

La majorité des organisations ont indiqué qu'elles mesuraient certains aspects de leurs efforts. Quatre-vingt-dix-sept pour cent (97 %) ont mesuré le pourcentage de patients ayant un BCM complété et 88,5 % ont utilisé des indicateurs de qualité connexes tels que le nombre moyen de divergences non intentionnelles par patient. La fréquence des rapports de mesure variait de mensuelle (59,1 %) à trimestrielle (31,8 %), alors que les répondants s'accordaient unanimement à dire que la collecte et l'analyse de données étaient longues et difficiles à poursuivre.

### **Conclusion**

L'objectif principal du sondage était de mieux comprendre les progrès réalisés au sein des organisations de soins de santé canadiennes sur le plan de la mise en œuvre du BCM. Seules les organisations recommandées comme leaders de pratique étaient interrogées, ce qui représente un faible pourcentage des organisations de soins de santé canadiennes. Il est clair qu'en 2011, moins de 40 % de ces leaders de pratique utilisent un processus fiable de BCM à toutes les interfaces de soins. Il s'agit d'une situation décevante, six ans après l'identification du BCM comme intervention clé en sécurité de SSPSM et cinq ans après la mise en œuvre de pratiques organisationnelles requises spécifiques au BCM par Agrément Canada. Plus encourageant, on a noté le sentiment très répandu parmi les organisations de soins de santé que le BCM est la meilleure chose à faire et que ces organisations sont toujours prêtes à faire l'effort pour faciliter ce changement de pratique. Cela souligne toutefois le besoin de soutenir sans relâche les organisations qui poursuivent ce travail important. De plus, le sondage a une réelle valeur puisqu'il confirme des orientations claires pour

l'avenir du BCM au Canada et valide les priorités de la Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments :

1. Développement d'une stratégie globale visant à engager et impliquer les hauts dirigeants et membres du conseil dans la compréhension de leur rôle et responsabilités à l'égard de la promotion du BCM à l'échelle de leur organisation.
2. Poursuite de la collaboration avec des organisations nationales telles que l'Inforoute Santé du Canada, en vue de faire progresser le déploiement de technologies abordables, conviviales et accessibles aux prestataires de première ligne.
3. Appuyer les efforts de SSPSM dans le développement et la dissémination d'outils et de ressources pour éduquer et pour permettre aux prestataires de première ligne de bien comprendre et d'assumer leur rôle relatif au BCM.
4. Travailler avec les facultés de médecine, de pharmacie et de soins infirmiers pour s'assurer que tous les aspects du BCM soient couverts dans les programmes d'études des futurs prestataires de soins de santé.
5. Poursuite de la collaboration avec les associations professionnelles et les partenaires nationaux pour établir une stratégie de communication globale visant à aider les prestataires de soins de santé, les ministères de la santé provinciaux, territoriaux et fédéral et le public à mieux comprendre et soutenir les efforts du BCM au Canada.

# Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments

## Identifier les leaders de pratique en bilan comparatif des médicaments au Canada

### INTRODUCTION

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est un processus formel pour lequel les prestataires de soins de santé travaillent de concert avec les patients, leurs proches, ainsi que les prestataires de soins de santé pour assurer que des informations précises et complètes à propos des médicaments sont communiquées de façon uniforme à tous les points de transition de soins. Le BCM exige un examen systématique et complet de tous les médicaments qu'un patient prend pour assurer que les médicaments ajoutés, modifiés ou supprimés sont soigneusement évalués. Le BCM est un volet de la gestion des médicaments qui informe les médecins et facilite la prise de décisions relatives aux ordonnances appropriées pour le patient.

Le BCM est une intervention de sécurité promue par Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (SSPSM) depuis 2005 et une pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada depuis 2006. Sous la direction de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) et financé par L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), le BCM est devenu son initiative la plus souscrite avec plus de 500 équipes SSPSM qui se sont inscrites et ont soumis des données au cours des six dernières années. Plusieurs provinces et territoires canadiens ont identifié le BCM comme l'une de leurs priorités stratégiques d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins de santé dans leur juridiction. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a identifié le BCM comme priorité de sécurité globale et sous la direction de l'ISMP Canada, ce travail se déroule sur la scène internationale. En dépit du succès au Canada, la mise en œuvre du BCM à l'échelle de toutes les interfaces de soins pour l'ensemble des patients continue présenter des défis pour les organisations de soins de santé partout au pays.

Un sondage a été effectué afin de favoriser la compréhension du paysage actuel du BCM au Canada et d'identifier les organisations leaders dans la pratique, de tirer des leçons de leurs expériences et de dresser un inventaire d'outils de soutien et de ressources. Les réactions recueillies sur le terrain nous ont aidées à mieux comprendre les besoins et à identifier les moyens de soutenir l'important travail qui nous attend.

« Le BCM a vraiment soutenu le concept de soins appropriés. Comment peut-on traiter un patient ayant besoin de soins très complexes alors qu'on ne sait même pas quels médicaments il prend? Comment peut-on traiter quelqu'un de façon appropriée sans avoir une idée précise de son état actuel ou de sa liste de médicaments? Le BCM a certainement amélioré la qualité des soins. »

*Saskatoon Health Region, Sask.*

## MÉTHODOLOGIE

Une série d'entrevues téléphoniques ont été menées avec les équipes de soins de santé canadiennes de juillet à novembre 2011. Les organisations identifiées comme leaders potentiels ont été contactées par le personnel de SSPSM, par les responsables BCM de l'ISMP Canada/de l'ICSP, par Agrément Canada ou par auto-identification.

Les entrevues ont été menées par six intervieweurs indépendants affiliés à l'ISMP Canada ou à l'ICSP à l'aide d'un outil de sondage standardisé (annexe 1). Les personnes interrogées représentaient une variété de groupes professionnels et tous ont généreusement partagé leurs expériences.

## RÉSULTATS

### Population

Au total, 50 organisations ont été contactées au cours de la période de collecte des données. La plupart étaient des installations, régions ou districts de santé autonomes qui offrent un grand éventail de services, y compris des soins de courte durée, des soins à domicile, des soins de longue durée et des cliniques ambulatoires. Le tableau suivant montre la répartition des organisations contactées :

#### Caractéristiques des répondants au sondage

Province représentée	Ont.	C.-B.	Qc	Alb.	Sask.	Man.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.
<b>Nombre</b>	23	7	5	4	3	3	2	2	1

Établissement primaire ou description du système	Soins de courte durée*	Région ou district*	SLD/continus complexes	Soins à dom.	Provincial*	Ambulatoire
<b>Nombre</b>	24	10	9	3	2	2

\* Au sein de ces systèmes, les services offerts pourraient inclure différents niveaux de soins de courte durée/longue durée/soins à domicile ou ambulatoires

### Mise en œuvre du BCM aux points de transition des soins

Le degré de mise en œuvre du BCM variait selon l'organisation. Près de 74 % des répondants ont indiqué qu'ils avaient complété la mise en œuvre du BCM à l'admission, alors que seulement 43,6 % l'avaient terminée au transfert et 37,2 % au congé. En outre, plus de 80 % avaient atteint un certain niveau de mise en œuvre au transfert et au congé.

#### Mise en œuvre du BCM aux points de transition des soins

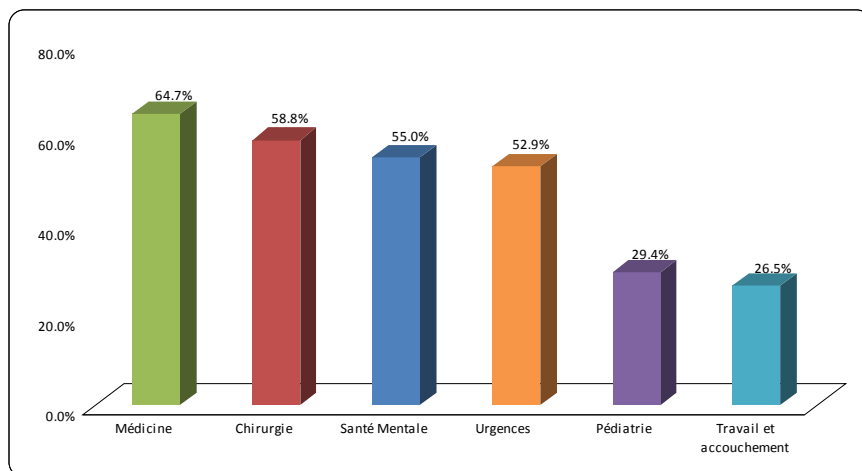
	Pas commencée	Collecte de données de référence	Mise en œuvre partielle	Mise en œuvre achevée
<b>Admission</b>	0	0	26,1	73,9
<b>Transfert</b>	10,3	7,7	38,5	43,6
<b>Congé</b>	14	4,7	44,2	37,2



### Mise en œuvre du BCM selon le type de service/la population de patients

Les organisations ont indiqué avoir démarré le processus de mise en œuvre dans une variété de milieux de pratique, la majorité (64,7 %) l'ayant amorcé dans les services médicaux contre 58 % pour le programme chirurgical.

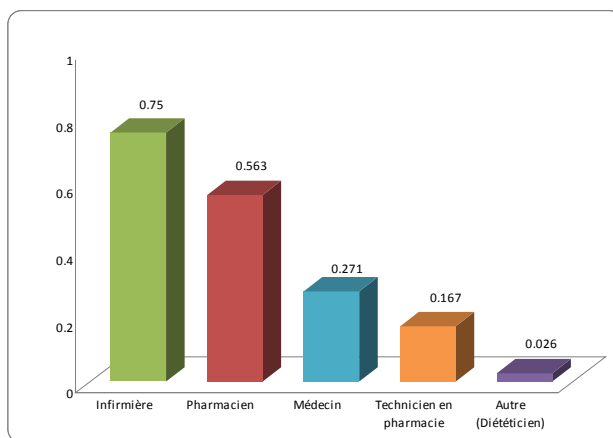
#### Mise en œuvre du BCM selon le type de service/population de patients



### L'utilisation des ressources dans l'achèvement des activités du BCM

Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) - pierre angulaire du processus du BCM - est établi par de nombreux professionnels de la santé différents. Notre sondage confirme que l'achèvement du MSTP est vraiment une fonction interprofessionnelle. Les répondants ont identifié que les soins infirmiers sont les prestataires de soins de santé les plus fréquemment appelés à compléter le MSTP, suivi de près par les pharmaciens. Ce graphique montre les résultats pour la question du sondage « Qui remplit le MSTP? »

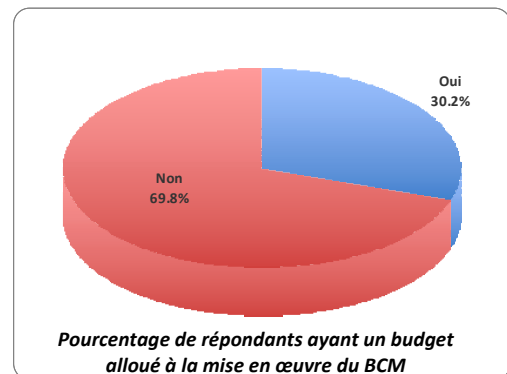
Vingt-trois répondants ont indiqué avoir recueilli des données relatives au temps requis pour compléter le MSTP. Les résultats indiquent qu'une plage de temps variant de 10 à 180 minutes était nécessaire pour compléter le MSTP, alors que la moyenne se situe à environ 30 minutes. Soixante-dix pour cent des répondants ont déclaré qu'ils n'étaient pas en mesure de réduire le temps requis pour dresser le MSTP sans sacrifier la qualité de l'information recueillie. Les organisations de soins à domicile ont répondu que le temps requis dépend de la complexité des clients, du nombre de médicaments pris, du nombre de médicaments trouvés chez le patient, du respect du régime posologique par le patient et du niveau de compréhension du patient par rapport à ses médicaments.



Des renseignements au sujet des coûts n'étaient pas disponibles, car la plupart des organisations n'avaient pas calculé les ressources réelles nécessaires à la mise en œuvre de cette initiative.

Des renseignements au sujet des coûts n'étaient pas disponibles, car la plupart des organisations n'avaient pas calculé les ressources réelles nécessaires à la mise en œuvre de cette initiative.

La répartition des ressources était visée par la question du sondage « Avez-vous un budget alloué pour le BCM? » La réponse à cette question est représentée graphiquement et démontre que les ressources financières au soutien de la mise en œuvre étaient rares.



### **Soutien technologique de la mise en œuvre du BCM**

Parmi les organisations interrogées, plus de la moitié utilisent un système à base de papier pour le BCM (54,2 %) contre 39,6 % utilisant un système de type hybride (électronique/papier), et seulement 14,6 % utilisant un système entièrement électronique pour compléter les activités liées au BCM.

De nombreux répondants ont partagé le fait qu'une mise en œuvre réussie du BCM à l'aide d'outils papier était possible à l'admission, mais que la complexité du processus à d'autres points de transition impliquait soit la disponibilité de la technologie et/ou des améliorations aux technologies existantes.

« Le manque de dossiers électroniques et de logiciels pour soutenir le BCM à toutes les transitions de soins est un obstacle. Le résultat est qu'on doit travailler avec un système papier à certains endroits et électronique à d'autres. Cela a freiné le plan global de mise en œuvre du BCM au congé et l'a compliqué à toutes les autres transitions de soins. »

*Elm Grove Living Centre, Ont.*

### **Stratégie de mise en œuvre**

Une série de questions du sondage portait sur l'approche des répondants de la mise en œuvre et de la dissémination du BCM. Plusieurs ont décrit des approches systématiques similaires, indépendamment de la population desservie. Plusieurs stratégies d'amélioration de la qualité et de gestion de projet ont été identifiées par les répondants dans les résultats du sondage, dont les suivantes :

- 1 Obtenir l'assurance de l'engagement et du soutien de la haute direction (83,8 %)
- 2 Recueillir des données de référence (83,8 %)
- 3 Mettre à l'épreuve des changements à petite échelle (81,1 %)
- 4 Former une équipe (78,4 %)
- 5 Développer une stratégie de dissémination (73 %)
- 6 Fixer des objectifs et des buts (67,6 %)
- 7 Cartographier les pratiques courantes (51,4 %)

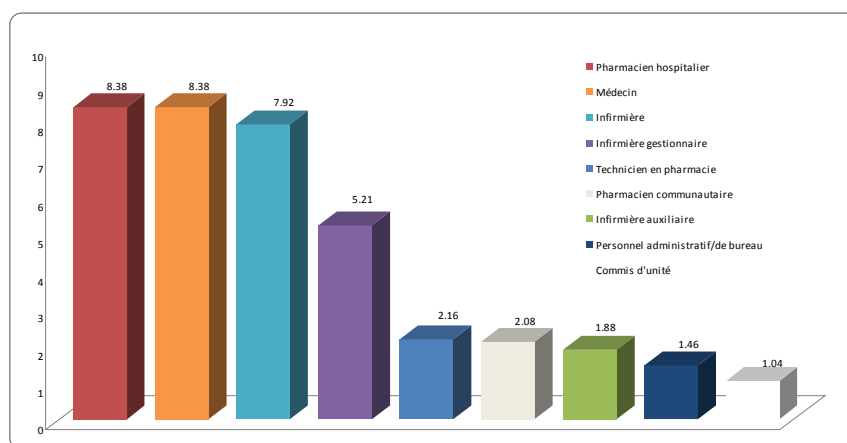


« L'équipe a initié le BCM en assistant à une séance parrainée par *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* et en s'inscrivant comme équipe SSPSM. Cartographier les processus actuels nous a aidé à déterminer la meilleure façon d'avancer. L'équipe a consulté les associations professionnelles pour apprendre qui est responsable de créer le MSTP et c'est finalement l'infirmière qui a assumé ce rôle. »

*Saskatoon Health Region – Home Care, Sask.*

La responsabilité générale pour la mise en œuvre du BCM revenait au département de pharmacie dans 38,9 % des organisations et aux hauts dirigeants dans 27,8 % des organisations interrogées. D'autres questions du sondage ont été posées concernant les stratégies suivantes, dont celle-ci : « *Qui avez-vous inclus dans l'équipe BCM?* » Les résultats de cette question du sondage sont présentés graphiquement dans le tableau suivant. D'autres membres de l'équipe moins fréquemment identifiés qui ne sont pas représentés sont les spécialistes de l'agrément, les spécialistes de l'amélioration de la qualité, le personnel des TI et notamment les patients.

**Membres de l'équipe de mise en œuvre du BCM par discipline (%)**



### **Défis et facteurs de réussite**

Une grande partie du sondage a porté sur l'identification des défis et des facteurs de réussite rencontrés par les organisations ainsi que le rôle des moteurs et soutien externes tels que les exigences d'Agrément Canada et le leadership SSPSM.

Les répondants ont signalé une variété de défis à la réussite de la mise en œuvre, dont :

- ❖ Un manque d'orientation de la part du gouvernement provincial et des associations professionnelles,
- ❖ Un manque de solutions informatiques,
- ❖ La réticence au changement,
- ❖ L'augmentation perçue de la charge de travail,
- ❖ Le manque d'engagement des médecins,
- ❖ Le manque de ressources (humaines ou financières),
- ❖ La difficulté de standardiser les processus sur plusieurs sites,
- ❖ La remise en question de la valeur ajoutée du BCM, et
- ❖ La mauvaise compréhension du rôle de chaque professionnel de la santé.

Les facteurs de réussite communs de la mise en œuvre du BCM comprenaient :

- ❖ L'appui marqué de la haute direction,
- ❖ La participation multidisciplinaire,
- ❖ Médecins champions/leaders,
- ❖ Une définition claire des rôles des prestataires de soins de santé,
- ❖ L'engagement du personnel (la culture),
- ❖ Persévérance et persistance,
- ❖ La formation adéquate du personnel,
- ❖ L'intégration du processus dans le flux de travail, la convivialité,
- ❖ Une rétroaction régulière sur les progrès réalisés grâce aux données de mesure,
- ❖ Un soutien important sur le plan des technologies de l'information, et
- ❖ La surveillance par un comité multidisciplinaire.

Pour illustrer l'importance de la formation du personnel, notons que 92 % des répondants ont déclaré qu'une formation ciblée du personnel sur le BCM faisait partie de leur processus de mise en œuvre. Les stratégies de formation sont variées et comprennent l'utilisation d'un modèle de « formation des formateurs », des modules de formation en ligne, des DVD éducatifs, des présentations PowerPoint et des séances de formation individuelles. Lorsqu'on a demandé « À l'avenir, changeriez-vous votre approche envers l'éducation? », la plupart des participants ont répondu qu'ils ne la changeraient pas. Toutefois, plusieurs répondants ont déclaré que « les séances de formation deviendraient obligatoires » et qu'ils « approcheraient les étudiants en voie de devenir professionnels de la santé avant leur entrée dans la pratique ».

La question de l'utilisation des services et outils de SSPSM a été précisément abordée lorsque les répondants ont été invités à décrire « De quelles façons SSPSM a aidé à la mise en œuvre du BCM? ». Les trois réponses les plus fréquentes étaient les suivantes :

1. Communautés de pratique (71,4 %)
2. Appels nationaux/webinaires (68,6 %)
3. Réunions et ateliers avec les membres de la faculté et les conseillers (60 %)

La question du sondage « Quelle a été votre principale motivation pour la mise en œuvre du BCM? » a révélé que le respect des POR d'Agrément Canada était le moteur principal motivant la mise en œuvre BCM, alors que la priorisation du leadership était identifiée comme deuxième facteur de motivation en importance.

### **Processus de mesure**

Quatre-vingt-dix-sept pour cent des répondants mesurent « le pourcentage de patients au BCM complété lors de l'admission », et 88,5 % mesurent des résultats tels que « le nombre moyen de divergences non intentionnelles par patient ». Dans l'ensemble, les données pour au moins un type de mesure sont recueillies sur une base mensuelle par 59,1 % des répondants, et par 31,8 % sur une base trimestrielle. Il est intéressant de noter que certains répondants n'effectuent pas de mesures. Certains ont indiqué que la collecte des données demande beaucoup de temps, dépassant leur

capacité du point de vue de la charge de travail. Parmi ceux qui ont mesuré, les données ont été recueillies dans la plupart des cas soit par un pharmacien (15,2 %) ou par une infirmière (6,1 %). La collecte de données impliquait aussi d'autres membres du personnel - techniciens en pharmacie, étudiants, personnel de contrôle de la qualité/du risque, personnel de gestion des dossiers de santé et personnel de direction.


## DISCUSSION

L'objectif principal du sondage était d'identifier les leaders de pratique canadiens qui ont mis en œuvre le BCM de façon fiable de l'admission au congé. De plus, les meilleures pratiques et des outils et ressources ont été identifiés pour soutenir la communication complète et précise de renseignements au sujet des médicaments à toutes les interfaces de soins. Ces ressources sont disponibles dans les communautés de pratique BCM.

Bien que toutes les organisations recommandées, ainsi que celles qui se sont identifiées comme leaders du BCM, ont été interviewées (annexe 2), il est difficile de savoir si toutes les organisations qui correspondaient aux critères définis ont été incluses - une lacune évidente de ce sondage. Seules les organisations recommandées comme leaders de pratique ont été interrogées, représentant un faible pourcentage des organisations de santé canadiennes. Il est clair qu'en 2011, moins de 40 % de ces leaders de pratique ont mis en œuvre un processus fiable de BCM à toutes les interfaces de soins. Il s'agit d'une situation décevante six ans après l'identification du BCM comme intervention clé en sécurité de SSPSM et cinq ans après la mise en œuvre de pratiques organisationnelles requises spécifiques au BCM par Agrément Canada. Plus encourageant, on a noté le sentiment très répandu parmi les organisations de soins de santé que le BCM est la meilleure chose à faire et que ces organisations sont toujours prêtes à faire l'effort pour faciliter ce changement de pratique.

De plus, un avantage réel du sondage est qu'il confirme des orientations claires pour l'avenir du BCM au Canada et valide les priorités de la Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments :

1. Développement d'une stratégie globale visant à engager et impliquer les hauts dirigeants et membres du conseil dans la compréhension de leur rôle et responsabilités à l'égard de la promotion du BCM à l'échelle de leur organisation.
2. Poursuite de la collaboration avec des organisations nationales telles que l'Inforoute Santé du Canada, en vue de faire progresser le déploiement de technologies abordables, conviviales et accessibles aux prestataires de première ligne.
3. Appuyer les efforts de SSPSM dans le développement et la dissémination d'outils et de ressources pour éduquer et pour permettre aux prestataires de première ligne de bien comprendre et assumer leur rôle relatif au BCM.
4. Travailler avec les facultés de médecine, de pharmacie et de soins infirmiers pour s'assurer que tous les aspects du BCM soient couverts dans les programmes d'études des futurs prestataires de soins de santé.
5. Poursuite de la collaboration avec les associations professionnelles et les partenaires



nationaux pour établir une stratégie de communication globale visant à aider les prestataires de soins de santé, les ministères de la santé provinciaux, territoriaux et fédéral et le public à mieux comprendre et soutenir les efforts du BCM au Canada.

Les professionnels de la santé partout au pays qui ont mis en œuvre avec succès le BCM ont l'immense sentiment que le BCM profite aux patients, que sa mise en œuvre est la bonne chose à faire et qu'ils ont l'intention de poursuivre leurs efforts pour rendre les soins plus sécuritaires.

## Annexe 1 : Sondage national 2011 sur le BCM pour identifier les pratiques exemplaires

1. **Date de l'entrevue : (MM/JJ/AAAA)** \_\_\_\_\_
2. **Données démographiques :**  
 Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_  
 Type d'établissement ou description du système : \_\_\_\_\_  
 Nom des personnes interrogées : \_\_\_\_\_  
 Nom des intervieweurs : \_\_\_\_\_  
 Adresse courriel : \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

3. **Quel type de prestataire êtes-vous?**  
 Région                       Hôpital universitaire                       Hôpital communautaire  
 Soins à domicile                       Cliniques ambulatoires                       SLD/soins continus  
 Autres commentaires :

4. **Quand avez-vous commencé la mise en œuvre du BCM? Dates : (MM/JJ/AAAA)** \_\_\_\_\_

5. **Dans quels domaines cliniques avez-vous mis en œuvre le BCM?**  
 Médecine                       Chirurgie                       Santé mentale                       Urgences  
 Travail et accouchement                       Pédiatrie                       Psychiatrie                       Ambulatoire  
 Soins de longue durée                       Soins à domicile                       Soins continus complexes  
 Autre (veuillez préciser) :

6. **Dans quelle mesure est-ce que la mise en œuvre a été achevée?**

	Pas encore commencée	Collecte de données de référence	Mise en œuvre partielle	Mise en œuvre achevée
Admission				
Transfert				
Congé				

Commentaires :

7. **Veuillez décrire votre stratégie de mise en œuvre et de diffusion.**
8. **Quel type de système utilisez-vous?**  
 Papier                       Électronique                       Hybride
9. **Quels critères avez-vous utilisés pour identifier la population cible?**
10. **Quel a été le principal facteur de motivation pour la mise en œuvre du BCM? Par exemple :**  
 La direction a déterminé qu'il s'agissait d'une priorité pour votre organisation  
 Une occasion de travailler avec SSPSM pour compléter la tâche  
 C'est devenu une POR d'Agrément Canada donc la mise en œuvre était requise pour se conformer aux normes d'agrément  
 Autre/commentaires additionnels :
11. **Comment avez-vous abordé le processus de mise en œuvre?**

- Évaluation de l'état de préparation
- Assurance de l'engagement de la haute direction
- Former une équipe
- Fixer des buts (buts et objectifs)
- Soumettre des données de référence
- Évaluation des améliorations apportées
- Élaboration d'une matrice du propriétaire du processus
- Commencer par de petits projets afin de bâtir l'expertise en BCM
- Autre/décrivez vos expériences :
- Définir le problème
- Recueillir des données de référence
- Cartographie (actuelle/idéale)
- Dissémination

**12. Quelles professions sont représentées dans votre équipe BCM?**

- Infirmière gestionnaire
- Pharmacien d'hôpital
- Commis de l'unité
- Technicien en pharmacie
- IA
- Pharmacien communautaire
- Personnel administratif/clérical
- Autre (veuillez préciser) :
- Médecin
- Patient
- IPA

Commentaires :

**13. Avez-vous obtenu l'engagement multidisciplinaire?**

- Oui
  - Non
- Si oui, veuillez décrire comment vous avez fait :

**14. Quels étaient les obstacles et comment les avez-vous surmontés?**

**15. Avez-vous suivi un modèle d'amélioration de la qualité (par ex., cycle PEÉA) pour votre stratégie de mise en œuvre?**

- Oui
- Non

**16. Quelles mesures de soutien ont été mises en place?**

- Le soutien des dirigeants
- Formation du personnel
- Budget de personnel alloué
- Médecin leader
- Équipe de mise en œuvre

Autre/commentaires additionnels :

**17. Qui avait la responsabilité globale de la mise en œuvre du BCM?**

- Pharmacie
- Amélioration de la qualité
- Chaque unité
- Autre (veuillez préciser)/commentaires :
- Leader sénior

**18. Avez-vous obtenu un budget alloué au BCM?**

- Oui
  - Non
- Si oui, quel était le budget alloué? Qui décidait de la manière dont il a été dépensé?

Commentaires?

**19. Est-ce que le coût global de la mise en œuvre du BCM dans votre organisation a été calculé?**

- Oui
  - Non
- Si oui, quel est le coût moyen de mettre en œuvre le BCM?

**20. Avez-vous assuré la formation de votre personnel?**

- Oui
  - Non
- Si oui, comment avez-vous formé votre personnel?

**21. À l'avenir, changeriez-vous votre approche envers la formation?**

**22. Quel modèle avez-vous suivi pour le BCM à l'admission?**

- Proactif
- Rétrospectif
- Mixte



Commentaires :

**23. Qui s'occupe de la saisie du MSTP?**

- Pharmacien    Infirmière    Médecin    Assistant technique en pharmacie  
 Autre (veuillez préciser) :

**24. Comment mesurez-vous la qualité des MSTP complétés, et qu'est-ce que vous avez trouvé?**

- Nombre moyen de divergences intentionnelles non documentées par patient  
 Nombre moyen de divergences non intentionnelles par patient  
 Autre/commentaires :

**25. À quelle fréquence sont effectuées les mesures?**

- Tous les mois    Tous les 3 mois    Annuellement    Jamais

Commentaires :

**26. Qui recueille ces données?**

- Pharmacien    Technicien en pharmacie    Étudiant en pharmacie    Infirmière  
 Amélioration de la qualité/gestion des risques    Directeur  
 Autre (veuillez préciser) :

**27. Enregistrez-vous des données sur la durée moyenne requise pour dresser un MSTP? Si oui, veuillez répondre à la question suivante (en minutes) \*\*Valeur numérique SEULEMENT\*\***

Quelle est la durée moyenne pour dresser un MSTP, exprimé en minutes?

**28. Avez-vous été en mesure de réduire la durée du MSTP sans en sacrifier la qualité?**

- Oui    Non   Si oui, de quelle façon?

**29. Identifier les mesures utilisées pour mettre en œuvre le BCM?**

Pourcentage de patients avec BCM complété :

Autre (veuillez préciser) :

**30. Selon vous, quels facteurs ont contribué à votre succès?**

**31. Est-ce que l'effort que vous avez consacré à la mise en œuvre en valait la peine?**

- Oui    Non   Veuillez expliquer :

**32. Avez-vous mis en œuvre le BCM au congé?**

- Oui    Non   Si oui, avez-vous mesuré l'impact sur les réadmissions? Quel paramètre mesurez-vous? – par exemple, le pourcentage de réadmissions aux urgences dans les 30 jours suivant le congé, ou d'autres paramètres?

**33. Racontez-nous votre plus marquante expérience du BCM (bonne ou mauvaise)**

**34. Si vous deviez recommencer ce travail demain que changeriez-vous? Que feriez-vous de la même façon?**

**35. Quels éléments de SSPSM vous ont aidé à mettre en œuvre le BCM?**

- Appels nationaux    Appels téléphoniques avec la faculté ou la/le CSA  
 Échanges par courriel avec la faculté ou la/le CSA    CdP  
 Réunions/ateliers avec la/le CSA ou la faculté    Programme de mentorat  
 Série d'apprentissage virtuel  
 Autre (veuillez préciser)/ou suggestions à faire :

**36. Est-ce qu'il y a d'autres façons de vous aider?**

**37. Quels sont vos frustrations, obstacles et défis les plus importants?**

**38. Y a-t-il autre chose que vous souhaitez partager avec moi concernant votre travail relatif au BCM qui n'a pas été couvert durant cet appel?**

**39. Comprenez-vous bien ce qui est attendu d'Agrément Canada?**

Oui  Non Si la réponse est non, expliquer pourquoi.

Y a-t-il quelque chose que vous souhaiteriez pouvoir dire à Agrément Canada?

**40. Pourriez-vous suggérer le nom d'un utilisateur du BCM qui pourrait en parler au cours d'un de nos appels? C.-à-d. un patient**

**41. Avez-vous des ressources à partager?**

Formulaires  Trousses pédagogiques  Définitions des rôles  Politiques

Procédures  Affiches  Cartes de visite  Bulletins

Études de cas

Autres (veuillez préciser) :

**43. Permettriez-vous qu'on partage le nom de votre organisation, les informations recueillies aujourd'hui et toute ressource BCM que vous avez développée/créée (formulaires/trousses pédagogiques/vidéos) et qui seraient ajoutés à notre base de données et partagés avec nos équipes sur notre site web BCM .**

Veuillez les envoyer à [bcarthy@ismp-canada.org](mailto:bcarthy@ismp-canada.org)

Oui  Non Commentaires :

**À compléter par l'intervieweur :**

**1. Pensez-vous que cette équipe est leader dans leur pratique du BCM?**

Oui  Non Si oui, pourquoi pensez-vous que cette équipe est leader dans leur pratique?

**2. Aimeriez-vous être mentor (s'il s'agit d'une organisation aux pratiques exemplaires)**

Oui  Non

## Annexe 2 – Leaders de pratique\*

Parmi les organisations de soins de courte durée interrogées, deux catégories distinctes sont devenues apparentes : les sites comportant moins de 100 lits et les sites comportant plus de 100 lits, qui ont mis en œuvre le BCM à l'échelle du continuum admission-transfert-congé, en affectant plus de 50 % de leurs lits.

Les sites suivants de **soins de courte durée** ont été identifiés comme leaders de pratique dans la catégorie « 100 lits et plus » :

- **Cape Breton District Health Authority** en Nouvelle-Écosse
- **Forensic Psychiatric Hospital (Provincial Health Services Authority)** en Colombie-Britannique
- **North York General Hospital** en Ontario
- **Queensway Carlton Hospital** en Ontario
- **Centre hospitalier de St. Mary** au Québec
- **Toronto East General Hospital** in Ontario
- **University Health Network** en Ontario
- **York Central Hospital** en Ontario
- **Cape Breton Regional Hospital** en Nouvelle-Écosse

Les sites suivants de **soins de courte durée** ont été identifiés comme leaders de pratique dans la catégorie « moins de 100 lits » :

- **BC Cancer Agency (Vancouver Centre site)** en Colombie-Britannique
- **Dryden Regional Health Centre** en Ontario
- **Glengarry Memorial Hospital** en Ontario
- **Moose Jaw Union Hospital** au Saskatchewan
- **South Huron Hospital Association** en Ontario
- **Sussex Hospital** au Nouveau-Brunswick
- **Winchester District Memorial Hospital** en Ontario
- **Northside General** en Nouvelle-Écosse
- **Glace Bay Health Care Facility** en Nouvelle-Écosse
- **Sacred Heart Community Health Centre** en Nouvelle-Écosse
- **Inverness Consolidated** en Nouvelle-Écosse
- **Victoria County Memorial** en Nouvelle-Écosse
- **Buchanan Memorial** en Nouvelle-Écosse
- **New Waterford Consolidated** en Nouvelle-Écosse
- **Vita & District Health Centre** au Manitoba
- **DeSalaberry District Health Centre (St. Pierre)** au Manitoba

leurs transitions de soins :

- **Algonquin Nursing Home** en Ontario
- **Baycrest** en Ontario
- **Foyers de soins de longue durée de la Ville de Toronto** en Ontario
- **CSSS Jeanne-Mance** au Québec
- **Good Samaritan Society** en Alberta
- **Leisure World – St George** en Ontario

---

\* Malgré nos meilleurs efforts d'identification des leaders de pratique canadiens, il se peut qu'il y ait d'autres leaders de

- **Providence Health** en Ontario
- **Providence Health Care - Residential Care** en Colombie-Britannique
- **South Eastman Health Authority - Long Term Care Sites** au Manitoba

En **milieu ambulatoire**, les suivants ont mis en œuvre le processus du BCM dans l'ensemble de leur population :

- **Provincial Renal Agency** en Colombie-Britannique
- **Juravinski Cancer Care Center** en Ontario

Le Canada pourrait être le premier pays à mettre en œuvre le BCM dans le secteur des soins à domicile et par conséquent, il n'y a que quelques organisations de soins de santé à domicile qui offrent un processus de BCM fiable à leurs clients des soins à domicile lors de l'admission :

- **Vancouver Island Health Authority's Home Care** en Colombie-Britannique
- **The New Brunswick Extra Mural Program** au Nouveau-Brunswick
- **Central Community Care Access Centre** en Ontario
- **Saskatoon Health Region's Home Care** au Saskatchewan



4711 rue Yonge, bureau 501  
Toronto (Ontario) M2N 6K8  
Tél : 416-733-3131 x 234  
Sans frais : 1- 866-544-7672  
Télécopieur : 416-733-1146  
Site web : [www.ismp-canada.org](http://www.ismp-canada.org)  
Courriel : [info@ismp-canada.org](mailto:info@ismp-canada.org)



10235 – 101 rue, bureau 1414  
Edmonton (Alberta) T5J 3G1  
Sans frais : 1.866.421.6933  
Tél : 780.409.8090  
Télécopieur : 780.409.8098  
Site web : [www.patientsafetyinstitute.ca](http://www.patientsafetyinstitute.ca)  
Courriel : [info@cpsi-icsp.ca](mailto:info@cpsi-icsp.ca)