

# Repenser la sécurité des patients

Guide de discussion à l'intention  
des patients, des prestataires de soins  
et des leaders

Octobre 2023



**Nous avons toutes et tous  
un rôle à jouer dans la  
sécurité des patients.**

**Ensemble, nous devons  
tirer des enseignements  
et agir pour rendre  
les soins plus sûrs et  
diminuer toutes les formes  
de préjudice liées aux  
services de santé.**

## Pour améliorer la sécurité des patients, nous devons commencer par revoir l'angle sous lequel nous concevons et abordons cette notion.

Alors que nous œuvrons depuis plus de 20 ans pour améliorer la sécurité des patients, notre cheminement vers cet objectif s'est avéré plus complexe que prévu, et le système de soins de santé a fait moins de gains significatifs que ce que nous avions espéré.<sup>1-3</sup>

Par le passé, les efforts déployés dans ce domaine consistaient essentiellement à recueillir des données sur les préjudices et à réagir. Pourtant, la définition de la sécurité va bien au-delà de l'absence de préjudice. Assurer la sécurité des patients suppose d'envisager le système dans toute son ampleur et sa complexité, en tenant compte du passé, du présent et du futur.<sup>4</sup>

[Excellence en santé Canada](#) et [Patients pour la sécurité des patients du Canada](#) ont tenu de vastes consultations avec des personnes usagères du système de santé, des membres du personnel de santé et des scientifiques spécialistes de la sécurité (voir l'[Annexe](#)). Les idées qui ont émergé de ces échanges nous ont amenés à élaborer une nouvelle approche de la sécurité des patients, selon laquelle toute personne peut contribuer à instaurer un climat de sécurité, et qui élargit la notion de préjudice au-delà du seul préjudice physique.<sup>4</sup>

Ce guide de discussion présente de façon synthétique ce que nous avons appris jusqu'ici, reflété dans ce nouvel énoncé :

**Nous avons toutes et tous un rôle à jouer dans la sécurité des patients. Ensemble, nous devons tirer des enseignements et agir pour rendre les soins plus sûrs et diminuer toutes les formes de préjudice liées aux services de santé.**

La réflexion qui nous a menés à ce nouvel énoncé vous est présentée ci-après.

### « Nous avons toutes et tous un rôle à jouer... »

Toute personne qui dispense, facilite, organise ou finance des services de santé a un devoir envers la sécurité des patients.

D'autre part, toute personne qui cherche à obtenir ou reçoit des services de santé doit avoir les moyens et la possibilité de contribuer à sa propre sécurité, connaître le niveau de risque auquel elle est exposée, et savoir de quelle façon elle peut influencer sur les conditions de sécurité qui sont les siennes.

Toute personne impliquée dans le soin, d'un côté comme de l'autre, contribue, sciemment ou non, à la sécurité des patients. Lorsqu'un incident lié à la sécurité se produit, il est souvent le résultat de plusieurs facteurs contributifs complexes. Pour renforcer la sécurité des soins, l'approche appropriée consiste non pas à blâmer ou humilier les personnes impliquées,<sup>5,6</sup> mais à les appuyer.

Cela permet de rétablir la confiance et favoriser le bien-être psychologique, et ainsi d'ouvrir la voie à la sécurité des patients.<sup>7</sup>

### « ...dans la sécurité des patients... »

Le terme « patient » désigne toute personne qui cherche à obtenir ou reçoit des soins de santé, que ce soit en milieu hospitalier, en établissement de soins de longue durée, dans le milieu de vie ou dans tout autre contexte de soins, et quel que soit le point du continuum où elle se trouve.

Les « services de santé » comprennent les soins de santé, les services sociaux et les activités relevant de la promotion de la santé, et de la prévention et du traitement des maladies. Ces services peuvent également être fournis dans des contextes sociaux et médicaux très variés.

La sécurité des patients s'applique à toutes ces personnes et tous ces contextes de soins, y compris aux interactions et transitions associées. Qui plus est, la sécurité des patients est étroitement liée à la sécurité de toutes les personnes soignantes. Si la sécurité des partenaires de soins essentiels<sup>a</sup>, des prestataires de soins de santé et de toutes les personnes qui travaillent dans le secteur de la santé n'est pas assurée, celle des patients ne l'est pas non plus.<sup>8-10</sup>

### « Ensemble, nous devons... »

Les relations sont la pierre angulaire des services de santé. Investir dans des liens qui favorisent le respect, la confiance, la collaboration et la communication ouverte, c'est créer une culture de sécurité positive.

Il est donc fondamental d'exercer un leadership courageux afin d'instaurer un climat au sein duquel les patients, les partenaires de soins essentiels, les prestataires et le personnel des services de santé se sentent en sécurité pour questionner, faire entendre leur voix et agir dès lors qu'une occasion d'améliorer la sécurité ou de réduire les risques se présente.<sup>b</sup> La sécurité psychologique et culturelle pour toutes et tous est toutefois une condition *sine qua non* pour assumer une telle responsabilité.<sup>8,9,11,12</sup>

### « ...tirer des enseignements... »

En faisant preuve d'ouverture et de curiosité d'esprit, et en posant des questions, les personnes les plus proches des soins peuvent repérer les mécanismes performants, mais aussi

a Les partenaires de soins essentiels fournissent du soutien physique, psychologique, émotionnel et spirituel. Ils peuvent être des membres de la famille ou de l'entourage immédiat ou d'autres personnes proches aidantes, et sont désignés par le patient ou son mandataire.

b Il est indispensable de reconnaître que les personnes qui n'exercent pas une position influente ou sont confrontées à une marginalisation systémique peuvent ne pas avoir à l'heure actuelle ce sentiment de sécurité.



soulever leurs préoccupations concernant la sécurité. Dans une culture de sécurité, *chaque personne* peut apporter sa pierre à l'édifice en portant attention à ce qu'elle voit, entend ou ressent au fond d'elle-même.

Auparavant, les efforts déployés pour améliorer la sécurité des patients étaient souvent axés sur les préjudices, l'analyse des incidents et des quasi-incidents, et la prise en compte de facteurs tels que le respect des normes et réglementations. Toutes ces mesures restent importantes.

Bien que le taux global de préjudices demeure inacceptable, les soins sont généralement dispensés sans incident. Assurer la sécurité suppose donc aussi de tirer les enseignements de ce qui s'est bien déroulé, et de ce qui aurait pu provoquer un incident mais ne l'a pas (encore) fait.<sup>13</sup>

Jusqu'à présent, on avait aussi tendance à rassurer et affirmer que les soins étaient sûrs, comme en témoignent par exemple les tableaux de bord, le suivi de protocoles et les audits, fréquemment utilisés. Ces approches n'ont toutefois pas la souplesse nécessaire pour détecter et comprendre les problèmes de sécurité nouveaux ou émergents.<sup>14</sup>

Les expériences informelles, telles qu'une courte réunion de suivi entre deux personnes au terme d'une consultation, sont également riches d'enseignement, tout comme les grandes innovations qui abordent la sécurité de manière proactive, entre les services, les individus, les équipes, les technologies et les processus sur lesquels reposent les soins aux patients.

### « ...et agir pour rendre les soins plus sûrs... »

Si ces apprentissages peuvent nous aider à repérer et appréhender les problèmes de sécurité et les occasions d'y remédier, des mesures concrètes, de petite ou grande ampleur, doivent ensuite être prises pour rendre les soins plus sûrs.

## L'absence de préjudice n'est pas un gage de la sécurité des soins.

La mise en œuvre de pratiques de sécurité incombe habituellement aux responsables des services cliniques, de la qualité et de la sécurité. Cependant, toute personne doit se sentir en sécurité et se voir offrir les moyens d'agir au service de la sécurité des patients.

Certaines mesures de sécurité peuvent prendre la forme de projets officiels ou de procédures supplémentaires, quand d'autres peuvent être aussi simples que de ramasser un objet au sol, s'entretenir avec un ou une bénéficiaire, ou participer de façon régulière à un caucus de sécurité rapide, faire part de ses préoccupations puis apporter collectivement des améliorations.

Les mesures de plus grande ampleur peuvent comprendre l'élaboration, la mise en œuvre et la gestion des innovations applicables aux technologies, aux processus de soins ou aux environnements, avec l'appui des scientifiques spécialistes de la sécurité, et en partenariat avec les usagers ou usagères du système de santé.

### « et diminuer... »

Pour gérer les risques et *diminuer* les préjudices évitables (leur fréquence, leur gravité et leurs conséquences), nous devons saisir toutes les occasions d'affiner notre compréhension et de procéder à des améliorations progressives.

Par ailleurs, face aux nouvelles découvertes et technologies, aux nouveaux traitements, à l'augmentation du volume de patients ou encore aux difficultés liées aux ressources humaines en santé, la complexité des soins de santé continue d'augmenter, une réalité qui ne peut être ignorée.



Les soins de santé comporteront toujours des risques; ensemble, nous devons donc apprendre et agir pour les gérer.

### « ...toutes les formes de préjudice liées aux services de santé. »

Toutes les formes de préjudice doivent être prises en considération dans une démarche d'amélioration de la sécurité des patients.

Dans le passé, l'attention était le plus souvent centrée sur les préjudices physiques, en particulier ceux qui sont faciles à mesurer, tels que les chutes et les infections nosocomiales.<sup>15</sup>

Cependant, la personne qui a subi un préjudice est souvent la mieux placée pour le définir et décrire ses répercussions sur son quotidien.<sup>16</sup>

D'autres formes de préjudice sont souvent négligées, notamment un traitement insuffisant ou excessif, les erreurs de traitement, les retards et les erreurs de diagnostic, la déshumanisation ou encore les préjudices psychologiques.<sup>4</sup> Un préjudice peut par ailleurs être aggravé après sa survenue en raison de la façon dont il a été pris en charge.<sup>16,17</sup>

Les inégalités économiques, sociales, environnementales et relatives à l'éducation auxquelles sont confrontés différents groupes et individus, mais aussi les inégalités de pouvoir et l'oppression systémique généralisées dans notre société, peuvent elles aussi entraîner des préjudices liés aux services de santé.<sup>18,19</sup> Cela comprend le racisme, l'âgisme, le capacitisme et les discriminations fondées sur l'orientation sexuelle, le genre, la religion, la classe sociale, le poids et la santé mentale.

À titre d'exemple, les répercussions du colonialisme et le racisme que subissent toujours aujourd'hui les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans le secteur de la santé continuent de leur être préjudiciables.<sup>20-22</sup> La sécurité culturelle est essentielle à la sécurité des patients.

Ce qui nous amène à conclure qu'aucune forme de préjudice n'est anodine. Gardons nos yeux, nos esprits et nos cœurs ouverts pour accueillir cette définition élargie de la notion de préjudice, et engageons-nous ensemble, patients, prestataires de soins, leaders et autres parties prenantes clés, pour diminuer les préjudices, réduire les risques et faire du système de santé un milieu sécuritaire.

## Aucune forme de préjudice n'est anodine.

## Pistes de réflexion

Alors que vous vous penchez sur cette nouvelle approche de la sécurité des patients, nous vous invitons à envisager les changements que celle-ci implique, résumés dans le tableau suivant.

<b>Ne plus mettre exclusivement l'accent sur...</b>	<b>pour...</b>
<b>les préjudices et la sécurité physiques</b>	prendre en compte toutes les formes de sécurité, dont la sécurité psychologique et la sécurité culturelle, <sup>9</sup> et reconnaître que les inégalités systémiques génèrent diverses formes de préjudice. <sup>9</sup>
<b>la mise en œuvre d'interventions en réponse aux préjudices passés</b>	intervenir en amont; évaluer, apprendre et agir pour prévenir les préjudices. <sup>4</sup>
<b>les échecs</b>	déterminer quand, pourquoi et comment les choses se déroulent bien. <sup>12</sup>
<b>les patients</b>	adopter une culture de sécurité pour les patients et leurs partenaires de soins, les prestataires de soins, le personnel et les leaders. <sup>10</sup>
<b>la certitude que les soins sont sûrs</b>	reconnaître que tout soin comporte des risques, et s'employer à y remédier.
<b>les initiatives de sécurité menées par les gestionnaires et les services de la qualité</b>	donner à toutes les personnes concernées les moyens (connaissances et aptitudes) et les responsabilités nécessaires pour assurer la sécurité des patients. <sup>23</sup>
<b>les initiatives perçues comme un projet, et donc comme du « travail supplémentaire »</b>	percevoir la sécurité comme un mode de pensée, d'agir et d'interagir avec les autres, et comme une composante de ses responsabilités quotidiennes; réaliser que parfois, des actes simples peuvent avoir de grandes répercussions. <sup>14</sup>
<b>les indicateurs tangibles (par exemple, le taux de chutes)</b>	reconnaître la valeur de l'intelligence émotionnelle : les perceptions, les pensées, les sentiments, les observations, les idées et les suggestions. <sup>16</sup>
<b>le côté négatif et stressant de la sécurité des patients</b>	célébrer les occasions de nouer des liens et de prodiguer des soins sûrs; d'être entendu et valorisé; de faire une différence; et de s'épanouir dans son travail. <sup>24</sup>
<b>les stratégies de sensibilisation aux risques pour les prestataires de soins</b>	partager des informations sur les risques et les stratégies d'atténuation avec les patients et les partenaires de soins essentiels.
<b>la sécurité perçue indépendamment de l'équité, de l'accès et d'autres composantes de la qualité</b>	chercher à établir des liens entre d'autres domaines de soins et la sécurité. <sup>19,25,26</sup>



## Pistes de discussion

Nous vous encourageons à mener une réflexion, individuelle ou collective, en vous inspirant des questions ci-dessous. Celles-ci vous aideront non seulement à prendre des mesures concrètes pour améliorer la sécurité des patients, mais aussi à y trouver de l'épanouissement en faisant en sorte que toutes et tous se sentent valorisés et entendus :

- Que vous évoque la notion de préjudice lié aux services de santé?
- Que revêt pour vous la notion de sécurité des patients?
- En quoi la présence de la sécurité diffère-t-elle de l'absence de préjudice?
- De quoi avez-vous besoin pour vous sentir en sécurité?
- À qui confiez-vous vos inquiétudes ou vos satisfactions en matière de sécurité? Comment pouvez-vous instaurer un climat de sécurité propice aux discussions sur le sujet?
- Comment abordez-vous la sécurité auparavant? En quoi votre approche pourrait-elle changer aujourd'hui? Quelle pourrait être votre première mesure? Que pourriez-vous cesser de faire?
- De quelle façon pouvez-vous favoriser le partage du pouvoir entre les patients, les personnes proches aidantes, les communautés, les prestataires, le personnel et les leaders pour renforcer la sécurité des patients?
- De quelle façon les mesures en faveur de la sécurité des patients peuvent-elles contribuer à réduire les iniquités en santé? De quelle façon les actions pour réduire les iniquités en santé peuvent-elles contribuer à améliorer la sécurité des patients?
- De quelle façon pourriez-vous exploiter ce document, dans un contexte professionnel ou personnel, pour faire progresser la sécurité des patients?

## En savoir plus

Nous vous invitons à cheminer avec nous pour améliorer la sécurité des patients au Canada. Visitez notre [site Web](#), consultez nos ressources et outils conviviaux et venez découvrir nos programmes. Vous pourrez ainsi déterminer comment œuvrer à nos côtés pour façonner un avenir où chaque personne au Canada reçoit des soins et services de santé sûrs et de qualité.

# Annexe

## Comment le présent énoncé a-t-il été élaboré?

Selon nos parties prenantes, notre nouvel énoncé relatif à la sécurité des patients devait être :

- **Robuste** : être fondé sur les données scientifiques les plus récentes en matière de sécurité, et informé par les leaders d'opinion.
- **Prospectif** : voir au-delà des définitions et approches antérieures pour envisager l'avenir de la sécurité des patients.
- **Créatif** : être élaboré à l'aide de méthodes permettant de faire émerger les idées novatrices des parties prenantes.
- **Inclusif** : mobiliser un éventail diversifié de parties prenantes, telles que les patients, le personnel d'Excellence en santé Canada, les prestataires de soins de première ligne, les dirigeants des services de santé, les spécialistes de la sécurité et les leaders d'opinion issus d'autres secteurs d'activité et disciplines académiques.
- **Utile** : tenir compte de la façon dont les divers utilisateurs finaux aborderaient et intégreraient la nouvelle définition.

Le noyau de l'équipe de projet était composé de membres du personnel d'Excellence en santé Canada, ainsi que de deux patients partenaires représentant Patients pour la sécurité des patients du Canada. Tout au long du processus, nous avons également collaboré avec des spécialistes de renommée mondiale dans les domaines de la sécurité des patients et de la sécurité culturelle, ainsi qu'avec des spécialistes de la communication. Nous avons mené des études primaires et secondaires, notamment des analyses documentaires, un recueil de données selon diverses méthodologies, et l'engagement de patients partenaires, de membres du personnel de santé, de spécialistes de la sécurité, de professionnels d'autres disciplines et du personnel d'Excellence en santé Canada.

---

## Références

1. Bates DW, Levine DM, Salmasian H, et coll. The Safety of Inpatient Health Care. *New England Journal of Medicine*. 2023;388(2):142-153. doi:10.1056/NEJMsa2206117
2. Institut canadien d'information sur la santé. Les préjudices dans les hôpitaux canadiens... une réalité. Publié en 2022. Consulté le 3 juillet 2023. <https://www.cihi.ca/fr/les-prejudices-dans-les-hopitaux-canadiens-une-realite>
3. Baker GR. Beyond the Quick Fix: Strategies for Improving Patient Safety. Publié en ligne 2015:32. [https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/80119/1/Baker\\_2015\\_Beyond%20the%20Quick%20Fix.pdf](https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/80119/1/Baker_2015_Beyond%20the%20Quick%20Fix.pdf)
4. Vincent C, Burnett S, Carthey J. Safety measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. *BMJ Quality &amp; Safety*. 2014;23(8):670. doi:10.1136/bmjqs-2013-002757
5. Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Routledge; 2016. doi:10.4324/9781315543543
6. Institut canadien pour la sécurité des patients. *Cadre canadien d'analyse des incidents*; 2012. Consulté le 10 juillet 2023. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework%20FR.PDF>
7. Dekker S. *Just Culture: Restoring Trust and Accountability in Your Organization*. 3<sup>e</sup> éd. CRC Press; 2016.
8. Eisenberg JM, Bowman CC, Foster NE. Does a Healthy Health Care Workplace Produce Higher-Quality Care? *Jt Comm J Qual Improv*. 2001;27(9):444-457. doi:10.1016/S1070-3241(01)27039-4
9. de Bienassis K, Kristensen S, Burtscher M, Brownwood I, Klazinga NS. *Culture as a Cure: Assessments of Patient Safety Culture in OECD Countries*; 2020.

10. Sokas R, Braun B, Chenven L, et coll. Frontline hospital workers and the worker safety/patient safety nexus. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2013;39(4):185-192. doi:10.1016/s1553-7250(13)39025-4
11. Edmondson AC. *The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth.* Wiley; 2018.
12. Régie de la santé des Premières Nations. *Creating a Climate for Change: Cultural Safety and Humility in Health Services Delivery for First Nations and Aboriginal Peoples in British Columbia.* Consulté le 19 juillet 2023. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf>
13. Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. *From Safety-I to Safety-II: A White Paper;* 2015. Consulté le 3 juillet 2023. <https://psnet.ahrq.gov/issue/safety-i-safety-ii-white-paper>
14. Dekker Sidney. *Safety Differently.* 2<sup>e</sup> éd. CRC Press; 2017.
15. Institut canadien d'information sur la santé. *Slips, Trips and Falls: Our Newest Data Reveals Causes of Injury Hospitalizations and ER Visits in Canada;* 2019. Consulté le 11 juillet 2023. <https://www.cihi.ca/en/slips-trips-and-falls-our-newest-data-reveals-causes-of-injury-hospitalizations-and-er-visits-in>
16. Institut canadien d'information sur la santé. *Indicateurs d'infections nosocomiales et autres indicateurs de l'ICIS sur la sécurité des patients;* 2016. Consulté le 11 juillet 2023. [https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/in-hospital\\_infection\\_and\\_other\\_patient\\_safety\\_indicators\\_at\\_cihi\\_fr.pdf](https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/in-hospital_infection_and_other_patient_safety_indicators_at_cihi_fr.pdf)
17. Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare.* Springer International Publishing; 2016. doi:10.1007/978-3-319-25559-0
18. Wailing J, Kooijman A, Hughes J, O'Hara JK. Humanizing harm: Using a restorative approach to heal and learn from adverse events. *Health Expectations.* 2022;25(4):1192-1199. doi:10.1111/hex.13478
19. Chauhan A, Walton M, Manias E, et coll. The safety of health care for ethnic minority patients: a systematic review. *Int J Equity Health.* 2020;19(1):118. doi:10.1186/s12939-020-01223-2
20. Chin MH. Advancing health equity in patient safety: a reckoning, challenge and opportunity. *BMJ Qual Saf.* 2021;30(5):356-361. doi:10.1136/bmjqs-2020-012599
21. Kamel G. *Rapport d'enquête Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès POUR la protection de LA VIE humaine concernant le décès de Joyce Echaquan;* 2020. Consulté le 11 juillet 2023. [https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes\\_publicques/2020-EP00275-9.pdf](https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes_publicques/2020-EP00275-9.pdf)
22. Centre Wabano pour la santé des Autochtones en partenariat avec la Coalition autochtone d'Ottawa. *Raconte ton histoire. Le racisme et la discrimination envers les Autochtones dans les soins de santé offerts sur le territoire de la région de Champlain : rapport sommaire.* Consulté le 18 juillet 2023. <https://wabano.com/wp-content/uploads/2022/05/ShareYourStory-ShortReport-FRpdf.pdf>
23. Southern Chiefs' Organization. *Survey on Experiences of Racism in the Manitoba Health Care System;* 2021. Consulté le 18 juillet 2023. <https://scoinc.mb.ca/wp-content/uploads/2021/07/SCO-Racism-Report-final-WEB-wcag.pdf>
24. Dekker S. *The Safety Anarchist: Relying on Human Expertise and Innovation, Reducing Bureaucracy and Compliance.* Routledge; 2017.
25. Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabcenell A, Landsman J, Feely D. *Cadre de l'IHI pour améliorer la qualité de vie au travail;* 2017. Consulté le 4 juillet 2023. <https://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Framework-Improving-Joy-in-Work.aspx>
26. Wade C, Malhotra AM, McGuire P, Vincent C, Fowler A. Action on patient safety can reduce health inequalities. *BMJ.* 2022;376:e067090. doi:10.1136/bmj-2021-067090
27. Organisation mondiale de la Santé. *Quality of health care is integrated.* Graphique. Publié en 2020. Consulté le 10 juillet 2023. <https://www.who.int/multi-media/details/quality-of-health-care-is-integrated>

## Remerciements

### Rédaction

Rachel Gilbert, Maaïke Asselbergs, Donna Davis, Anne MacLaurin, Ioana Popescu et Carol Fancott.

### Conseil

Wendy Nicklin, G. Ross Baker, et Dr Aliko Lafontaine.

## Contribution

Carla St. Croix, Andrea Piché, Denise McCuaig, Kim Mumford, Hailey Riendeau, James Rebello, Beatrice Onwuka, Jennifer Schipper (Arc Communications) et Shoshanna Hahn-Goldberg et son équipe (OpenLab).

Nous tenons à remercier le personnel et la direction d'Excellence en santé Canada, la communauté de patients partenaires d'ESC, notamment Patients pour la sécurité des patients du Canada, ainsi que toutes les personnes qui ont pris part aux activités d'engagement et ont apporté leur éclairage précieux tout au long du processus.

## À propos d'Excellence en santé Canada

Excellence en santé Canada (ESC) travaille avec des partenaires pour diffuser les innovations, renforcer les capacités et catalyser le changement dans les politiques afin que toutes et tous au Canada reçoivent des soins sûrs et de qualité. En collaborant avec les patients et patientes, les personnes proches aidantes et le personnel de la santé, nous transformons les innovations éprouvées en améliorations durables dans tous les aspects de l'excellence en santé. Créé en 2021, ESC est issu de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. ESC est un organisme de bienfaisance indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

### Avertissement

Portés par notre volonté d'amélioration continue, nous nous engageons avec enthousiasme sur le chemin de l'engagement, de l'apprentissage, de la réflexion et du perfectionnement, et actualiserons ce guide de discussion à la lumière de tout nouvel élément.

**« Si le soin n'est pas sûr,  
ce n'est pas un soin. »**

**– Tedros Adhanom Ghebreyesus;  
Organisation mondiale de la Santé (OMS)**

