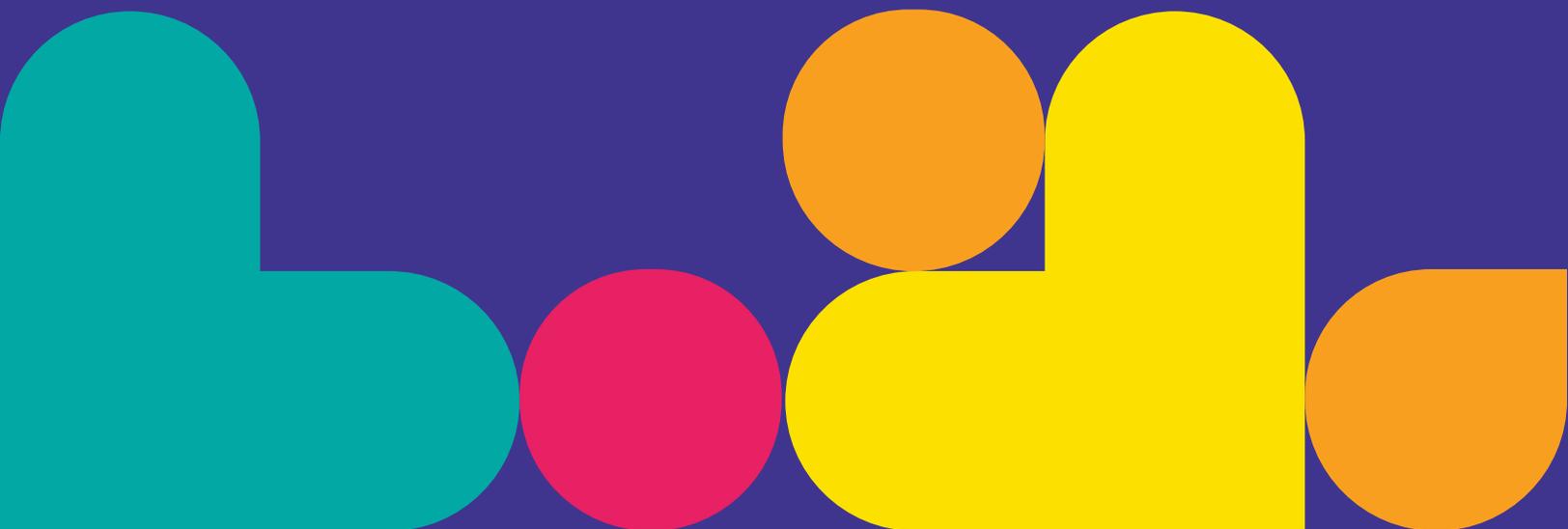


VOUS SOINS SONT-ILS SÉCURITAIRES?

Mesure et surveillance de la sécurité
du point de vue des patients et de leurs
partenaires de soins



Auteurs

Lianne Jeffs

Responsable de la recherche et de l'innovation et professeure en résidence, chercheuse clinique principale en soins infirmiers et sciences de la santé Institut de recherche Lunenfeld-Tanenbaum Sinai Health

Professeure agrégée
Institute of Health Policy, Management and Evaluation
Faculté des soins infirmiers Lawrence S. Bloomberg,
Université de Toronto

Kerry Kuluski

Titulaire de la chaire de recherche Dr. Mathias Gysler sur les soins centrés sur le patient et la famille
Institute for Better Health, Trillium Health Partners

Professeure agrégée
Institute of Health Policy, Management and Evaluation,
Université de Toronto

Anne MacLaurin

Responsable principale de programme
Excellence en santé Canada

Virginia Flintoft

Associée de recherche principale (retraîtée)
Institute of Health Policy, Management and Evaluation,
Université de Toronto

Gestionnaire principale de programme (retraîtée)
Institut canadien pour la sécurité des patients

Maaïke Asselbergs

Patiente partenaire
Patients pour la sécurité des patients du Canada

G. Ross Baker

Professeur émérite
Institute of Health Policy, Management and Evaluation,
Université de Toronto

Collaborateurs

Sinai Health - Recherche

Frances Bruno, Marianne Saragosa, Noah Schonewille,
Marie Oliveira et Lily Zeng

Excellence en santé Canada

Ioana Popescu – Directrice Stratégies et programmes de sécurité
Maryanne D'Arpino – Vice-présidente Programmes et transformation du système

À propos d'Excellence en santé Canada

Excellence en santé Canada (ESC) est un organisme dont la priorité absolue est d'améliorer les soins et services de santé avec – et pour – toutes et tous au Canada. Né en mars 2021 de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Excellence en santé Canada dispose d'une plus grande capacité à soutenir ses partenaires pour transformer des innovations éprouvées en améliorations généralisées et durables de la sécurité des patients et de tous les aspects de l'excellence des services de santé. Nous sommes convaincus du pouvoir des personnes et des données probantes; en les unissant, nous pouvons développer les meilleurs soins et services de santé au monde. ESC est un organisme de bienfaisance indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada.

Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

150, rue Kent, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1P 0E4 (Canada)
613-728-2238 | communications@hec-esc.ca

Réseaux sociaux

[Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Facebook](#)

Excellence en santé Canada honore les territoires traditionnels sur lesquels son personnel et ses partenaires vivent, travaillent et se divertissent. Nous reconnaissons que le niveau de vie dont nous bénéficions aujourd'hui est le résultat de l'intendance et des sacrifices des premiers habitants de ces territoires. [En savoir plus](#)

Avant-propos

L'amélioration de la sécurité des patients est une priorité majeure dans le monde entier depuis plus de 20 ans. Au Canada, la création de l'Institut canadien pour la sécurité des patients¹ (ICSP) en 2003, suivi de la publication de l'Étude canadienne sur les événements indésirables de 2004, a donné le coup d'envoi des initiatives canadiennes visant à déterminer l'incidence des préjudices involontaires résultant des soins et à mettre en œuvre des stratégies permettant de réduire ces préjudices. Pourtant, les résultats en matière de sécurité des patients sont décevants au Canada et ailleurs; bon nombre des causes sous-jacentes des soins non sécuritaires ont échappé aux recherches et, malgré certains succès, les interventions visant à améliorer la sécurité n'ont pas suffi à éliminer les sources connues de préjudices.

Plusieurs tentatives ont été faites pour réorienter les stratégies de sécurité et améliorer les interventions en matière de sécurité, en mobilisant le personnel de première ligne, les cadres supérieurs et les membres du conseil d'administration, en fournissant au personnel, « du chevet du patient jusqu'au conseil d'administration », des mesures et des outils qui facilitent leurs efforts. La lenteur persistante des progrès dans la création d'environnements de soins sécuritaires a donné lieu à une analyse détaillée de ce que représente la « sécurité » et des moyens de la créer. Parmi les analyses les plus réfléchies et les plus prometteuses figure le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité (CMSS), proposé par Charles Vincent, Susan Burnett et Jane Carthey (Vincent et coll., 2013b; Vincent et coll., 2014). La majorité de la documentation sur la sécurité des patients définit la sécurité des patients simplement par « l'absence de préjudice ». Charles Vincent et ses collègues suggèrent, à la lumière de leur examen de la science de la sécurité et des expériences menées dans plusieurs secteurs, que le secteur des soins de santé se doit d'adopter une vision plus large de la sécurité, qui examine les sources de résilience et les capacités qui favorisent la sécurité des soins, ainsi qu'une approche moins réactive que les efforts déployés actuellement pour améliorer la sécurité. M. Vincent et ses collègues préconisent une vision plus large et plus exhaustive de la sécurité des soins de santé.

Les approches actuelles reposent en grande partie sur la mesure et l'analyse des incidents liés à la sécurité et sur la formulation de politiques et de pratiques visant à prévenir de nouveaux incidents. La compréhension des préjudices passés demeure importante. À la lumière des recherches et des pratiques effectuées au sein de systèmes très performants, il apparaît que des éléments supplémentaires sont nécessaires pour créer des systèmes qui soutiennent et favorisent des soins plus sécuritaires. Parmi ces éléments figurent la reconnaissance de la fiabilité du système, en s'inspirant de la littérature sur les organismes à haute fiabilité (Chassin et Loeb, 2013; Vogus et Iacobucci, 2016; Sutcliffe et coll., 2017) et l'ingénierie de la résilience (Fairbanks et coll., 2014; Braithwaite et coll., 2015). La sensibilité au déroulement des activités, qui reflète l'importance du travail d'équipe, de la communication et de la sensibilisation du personnel de première ligne aux menaces pour la sécurité, est un autre élément clé (Salas et Rosen, 2013; Weick et Sutcliffe, 2015), ainsi que l'anticipation et la sensibilisation, évoquant les points de vue de Richard Cook, David Woods et Eric Hollnagel sur la « prospective » et la planification de l'échec (Woods et Cook, 2001; Braithwaite et coll., 2015).

Le secteur des soins de santé se doit d'adopter une vision plus large de la sécurité, qui examine les sources de résilience et les capacités qui favorisent la sécurité des soins, ainsi qu'une approche moins réactive que les efforts déployés actuellement pour améliorer la sécurité.

Jusqu'à maintenant, ces idées ont été largement mises à l'essai hors du secteur des soins de santé. À la suite des travaux menés au Royaume-Uni (RU), (l'ICSP)¹ a financé deux projets visant à expérimenter ces nouvelles approches en matière de sécurité au Canada. L'évaluation de ces travaux révèle que le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité (CMSS) et les outils créés pour sa mise en œuvre ont été bien accueillis par les équipes de première ligne, les cadres supérieurs et les membres du conseil d'administration et

¹ En 2021, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) ont fusionné pour former le nouvel organisme Excellence en santé Canada (ESC).



ont amélioré les pratiques de sécurité de première ligne. Toutefois, on ne s'est guère interrogé sur la manière dont les patients réagissaient et participaient à cette vision élargie de la sécurité.

Le présent rapport propose une approche globale afin de comprendre les points de vue des patients et des aidants quant au CMMS et de transformer ces idées en pistes d'action susceptibles de renforcer et d'élargir la participation actuelle des patients et des aidants à la sécurité. Des champions ont été recrutés à titre de conseillers auprès de Patients pour la sécurité des patients du Canada, un groupe créé pour mobiliser et soutenir les patients dans leurs efforts pour améliorer la sécurité, au sein du Imagine Citizens Network de l'Alberta, ainsi que parmi les responsables de la sécurité des organismes de soins de santé de tout le Canada.

La sécurité des patients demeure un objectif essentiel pour les organismes de soins de santé au Canada et dans le monde.

Les travaux de recherche exploratoire, tels que le CMSS, qui développent les capacités en matière de sécurité et mobilisent les patients, le personnel et les dirigeants à tous les échelons, sont essentiels pour parvenir à la sécurité de tous. Afin de favoriser une participation efficace des patients et de leurs aidants à tous les aspects de la mesure et de la surveillance de la sécurité, il est nécessaire de mieux comprendre comment ils perçoivent la sécurité. Tel est l'objectif du présent rapport.

G. Ross Baker et Maaïke Asselbergs
Coprésidents : Comité consultatif pancanadien

Table des matières

Avant-propos	4
Résumé	8
Sommaire	9
1.0 CONTEXTE	13
1.1 Introduction	13
1.2 Objectif de l'étude	16
2.0 DESCRIPTION DE L'ÉTUDE	17
2.1 Objectif et questions de recherche	17
2.2 Gouvernance du projet	17
3.0 MÉTHODES D'ÉTUDE	18
3.1 Méthodologie	18
3.2 Analyse documentaire	18
3.3 Entrevues et groupes de discussion	18
3.4 Collecte de données et plan analytique	19
3.5 Café du savoir	19
4.0 RÉSULTATS	20
4.1 Préjudice passé – Les soins du patient étaient-ils sécuritaires dans le passé?	20
4.2 Fiabilité : Nos systèmes et processus cliniques sont-ils fiables?	23
4.3 Sensibilité au déroulement des activités : Les soins sont-ils sécuritaires aujourd'hui?	27
4.4 Anticipation et état de préparation – « Les soins seront-ils sécuritaires à l'avenir? »	32
4.5 Intégration et apprentissage	38
5.0 DISCUSSION	42
6.0 LIMITES	43
7.0 CONCLUSION	43
8.0 RÉFÉRENCES	44
ANNEXE A : Membres du Comité consultatif pancanadien	47

ANNEXE B : Données démographiques des participants aux entrevues et aux groupes de discussion	48
ANNEXE C : Actions visant à améliorer notre approche à l'égard des préjudices passés	49
ANNEXE D : Actions visant à améliorer notre approche de la fiabilité	51
ANNEXE E : Actions visant à améliorer notre approche de la sensibilisation au fonctionnement des activités	53
ANNEXE F : Actions visant à améliorer notre approche de l'anticipation et de l'état de préparation	56
ANNEXE G : Actions visant à améliorer notre approche de l'intégration et de l'apprentissage . .	58

Résumé

Ce qui est généralement mesuré dans le système de soins de santé n'est pas la sécurité des soins, mais plutôt les préjudices qu'ils ont causés. Ce rapport présente les résultats d'une étude de recherche dont l'objectif était de répondre à la question suivante : « Les soins sont-ils sécuritaires du point de vue des patients, des familles, des partenaires de soins et des prestataires de soins? ». Une analyse documentaire, des entrevues, des groupes de discussion et un café du savoir ont été menés pour comprendre comment les patients et leurs partenaires de soins perçoivent la sécurité. Le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité (CMSS) (Vincent et coll., 2013b) a été utilisé pour orienter cette étude. Le CMSS offre une vision en temps réel plus large et plus exhaustive de la sécurité des patients. Ainsi, plutôt que de se concentrer sur les cas de préjudices passés, le Cadre permet de s'intéresser aux performances actuelles, aux risques futurs et à la résilience organisationnelle.

Les principales conclusions sont les suivantes :

- Les patients, leurs partenaires de soins et leurs prestataires de soins affirment que la sécurité ne se limite pas à l'absence de préjudice.
- La sécurité des soins exige une approche proactive, faisant appel à une participation constante des patients et de leurs partenaires de soins.
- Un certain nombre de stratégies peuvent être utilisées pour rendre les soins plus sécuritaires, notamment en donnant accès à l'information aux patients et aux partenaires de soins et en les faisant participer à des discussions sur la sécurité (caucus, rapports au chevet des patients, etc.).
- Les partenaires de soins, les bénévoles, les représentants des patients ou un intervenant clé (prestataire) se doivent d'améliorer la communication avec les patients et de leur donner davantage d'occasions de participer de manière significative à leurs soins.

Conclusion

Le CMSS représente un changement crucial dans la manière dont les patients peuvent contribuer à rendre les soins plus sécuritaires. Le fait de permettre aux patients et aux partenaires de soins de contribuer de façon significative à la sécurité améliorera la perception des préjudices et la compréhension du sentiment de sécurité chez les prestataires de soins de santé.



Sommaire

Ce rapport souligne l'urgente nécessité de revoir notre façon de penser et d'aborder la sécurité. La plupart du temps, la sécurité des patients est définie par « l'absence de préjudice ». Vincent, Burnett et Carthey, dans leur rapport intitulé « Le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité » (CMSS), affirment que le secteur des soins de santé doit adopter une vision plus large de la sécurité en examinant les sources de résilience et les capacités qui rendent les soins sécuritaires et en adoptant une approche moins réactive que les efforts actuels pour améliorer la sécurité (Vincent et coll., 2013a). L'approche du CMSS donne une vision en temps réel, plus large et plus exhaustive de la sécurité des patients. Ainsi, plutôt que de se concentrer sur les cas de préjudices passés, le Cadre permet de s'intéresser aux performances actuelles, aux risques futurs et à la résilience organisationnelle.

Afin de mieux comprendre le rôle des patients et des partenaires de soins, l'Institut canadien pour la sécurité des patients² a commandé une étude de recherche par méthodes mixtes pour savoir comment adapter le CMSS dans le but de comprendre comment les patients et leurs partenaires de soins perçoivent la sécurité dans le système de santé, puis d'utiliser ces connaissances pour influencer les pratiques de soins.

Le présent rapport de recherche « Vos soins sont-ils sécuritaires? Mesure et surveillance de la sécurité du point de vue des patients et de leurs soignants » regroupe la plupart des facteurs essentiels à la participation des patients et à l'amélioration de la sécurité. Les conclusions de cette recherche ouvrent la voie à une amélioration concrète de la sécurité des patients. Les mesures décrites dans ce rapport pour chaque domaine du Cadre offrent des tactiques pour mobiliser les patients, leurs partenaires de soins et tous les membres de l'équipe soignante de diverses façons pertinentes et ciblées dans le but de renforcer la sécurité.

Principaux apprentissages

La question fondamentale qui a guidé l'étude était la suivante : « *Les soins sont-ils sécuritaires du point de vue des patients, des familles, des partenaires de soins et des prestataires de soins?* ». Ce rapport présente l'analyse des données issues d'entrevues, de groupes de discussion, d'un café du savoir (événement de partages des connaissances) et d'une analyse documentaire visant à comprendre comment les patients et leurs partenaires de soins perçoivent la sécurité.

Les dimensions du CMSS ont été utilisées pour guider cette analyse. L'analyse documentaire, les patients, les partenaires de soins et les prestataires de soins de santé ont fourni des renseignements clés sur les cinq domaines du CMSS. Le rapport présente des mesures et des stratégies visant à renforcer les partenariats entre prestataires et patients en ce qui concerne les préjudices passés, la fiabilité, la sensibilité au déroulement des activités, l'anticipation et l'état de préparation, ainsi que l'intégration et l'apprentissage.

² En 2021, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) ont fusionné pour former le nouvel organisme Excellence en santé Canada (ESC).

Préjudice passé

Les soins du patient étaient-ils sécuritaires dans le passé?

Ce qui est généralement mesuré dans le système de soins de santé n'est pas la sécurité des soins, mais plutôt les préjudices qu'ils ont causés. La mesure des préjudices est un fondement essentiel, mais elle n'équivaut pas à la mesure de la sécurité. La sécurité des patients doit englober bien plus que la mesure des préjudices afin de prévenir les événements liés à la sécurité (Vincent et coll., 2013a).

La contribution des patients et du public aux questions de sécurité s'est surtout limitée à une rétroaction à la suite d'incidents liés à la sécurité des patients ou de mauvaises expériences relatives aux soins (The Health Foundation, 2013a). Les patients et les partenaires de soins affirment qu'une rupture de la communication et de la confiance, ainsi qu'un manque de suivi peuvent entraîner des préjudices et un sentiment de négligence, d'inconfort et de déshumanisation. Les dirigeants et les prestataires de soins de santé doivent avoir une compréhension élargie des préjudices et toutes les personnes touchées par les préjudices (patients, familles, équipes) doivent participer au processus.

Actions visant à améliorer l'approche des préjudices passés :

- Offrir aux patients et aux partenaires de soins des possibilités et des environnements leur permettant de s'exprimer ou de signaler les préjudices subis
- Divulguer les préjudices, en tirer des leçons et assurer un suivi après les préjudices
- Faire appel à des défenseurs des droits des patients pour soutenir les patients et les partenaires de soins en cas de préjudice
- Donner plus facilement accès aux données relatives aux préjudices, aux incidents liés à la sécurité des patients et aux problèmes de sécurité signalés par les patients

Fiabilité

Nos systèmes et processus cliniques sont-ils fiables?

La fiabilité se définit comme « un fonctionnement sans défaillance au fil du temps » et s'applique aux mesures du comportement, des processus et des systèmes. Dans le secteur des soins de santé, les processus et systèmes cliniques sont rarement fiables, et de nombreux patients subissent des préjudices liés aux soins destinés à les aider. La fiabilité ne suffit pas à elle seule à garantir la sécurité (Vincent et coll., 2013b). Le personnel, les patients et les partenaires de soins doivent tous contribuer à assurer une plus grande fiabilité des soins. Les patients considèrent que des soins fiables sont essentiels pour se sentir en sécurité et ils estiment que les prestataires de soins doivent posséder les qualités suivantes pour assurer des soins fiables : être techniquement compétent, être attentif, respecter les normes de soins, se conformer aux plans de soins personnels et avoir une connaissance approfondie du processus de soins requis et des procédures quotidiennes établies. Le fait que le personnel connaisse bien les patients et les processus de soins dont ils ont besoin renforce la confiance des patients et contribue à rendre leurs soins plus sécuritaires (Chin, 2011; Schaepe, 2017; Bergman, 2020; Costa, 2020).

Actions visant à améliorer l'approche adoptée pour assurer la fiabilité :

- Optimiser les partenariats entre le patient et le prestataire de soins de santé
- Apprendre à connaître les patients, effectuer des vérifications régulières, optimiser la communication lors des transitions de soins
- Donner aux patients et aux partenaires de soins la possibilité et les cadres nécessaires pour s'exprimer au sujet des défaillances des équipements, des tâches, des processus, des interventions et des protocoles de soins
- Faciliter l'accès des patients aux résultats de leurs tests et aux renseignements sur leur état de santé
- Accroître la transparence lors du partage des données relatives à la fiabilité des processus qui sont essentiels à la sécurité des patients



Sensibilité au déroulement des activités

Les soins sont-ils sécuritaires aujourd'hui?

La sensibilité au déroulement des activités favorise la détection précoce des problèmes afin que des mesures puissent être prises avant qu'ils ne menacent la sécurité des patients (Vincent et coll., 2013b). Elle exige d'observer, d'écouter, de percevoir et d'agir en temps opportun, en fonction des renseignements recueillis. La perception qu'a un patient de la sécurité peut se fonder sur les comportements des membres du personnel, sur les soins qu'ils lui prodiguent, leur aptitude à écouter, la façon dont ils réagissent à ses préoccupations lorsqu'ils procèdent à des vérifications détaillées, de même que leur empathie et leur compassion (Vincent et coll., 2013b).

Les patients et les partenaires de soins souhaitent que le personnel les traite avec dignité et respect. Les patients et les partenaires de soins recherchent un environnement accueillant et ouvert à l'écoute de leurs expériences et de leurs préoccupations. Les patients et les partenaires de soins ont évoqué l'absence de sensibilité au déroulement des activités lorsqu'ils se sont sentis rejetés, ignorés, bousculés ou que leurs préoccupations ont été sous-estimées.

Actions visant à améliorer l'approche de la sensibilité au déroulement des activités :

- Créer des structures et des processus afin d'aider les patients et les partenaires de soins à observer, à écouter, à percevoir et à parler de la sécurité et de leurs préoccupations avec le personnel.
- Optimiser les communications entre les patients et les prestataires.
- Créer des environnements au sein desquels le personnel se sent en sécurité pour s'exprimer et se sent habilité à intervenir.
- Promouvoir et communiquer la valeur du partenariat entre les patients et les prestataires pour assurer la sécurité des patients.
- Désigner un défenseur des droits des patients et un intervenant clé du milieu clinique.



Anticipation et état de préparation

Les soins seront-ils sécuritaires à l'avenir?

L'anticipation et l'état de préparation consistent à prévoir et à envisager les problèmes et les risques possibles afin de permettre aux personnes concernées d'élaborer des plans et de se préparer. Les cliniciens compétents en matière d'anticipation et de préparation ne se contentent pas de fuir les situations préjudiciables, mais s'efforcent avant tout de les éviter (Vincent et coll., 2013b; MMSF e-guide, 2017).

La participation des patients et de leur famille en tant que membres de l'équipe soignante est essentielle pour obtenir de bons résultats. Les partenaires de soins font partie intégrante de l'équipe soignante et sont souvent les mieux placés pour reconnaître que les changements parfois subtils, mais très importants, de l'état de santé de leur proche peuvent être des signes avant-coureurs d'une détérioration clinique (ICSP, 2017).

L'anticipation et l'état de préparation encouragent la remise en question, même lorsque tout se passe bien (Vincent et coll., 2013b). Les prestataires de soins de santé doivent admettre que les patients sont les experts de leurs propres soins et reconnaître la valeur du partenariat avec les patients qui, grâce à la collaboration, à l'ouverture d'esprit, à la transparence et au partage de l'information, permet de concevoir conjointement des soins sécuritaires.

Actions visant à améliorer l'approche de l'anticipation et de l'état de préparation :

- Créer des structures et des processus afin d'aider les organismes, le personnel, les patients et les partenaires de soins à anticiper, à élaborer des plans et à se préparer.
- Optimiser la communication entre les patients, les partenaires de soins et les prestataires afin de favoriser l'anticipation, la planification, la préparation et la communication des préoccupations et des risques constatés.
- Tirer parti des compétences d'un défenseur des droits des patients et d'un intervenant clé du milieu clinique pour favoriser la réflexion, la planification et la préparation.

Intégration et apprentissage

Réagissons-nous et faisons-nous des améliorations?

L'intégration et l'apprentissage constituent des éléments essentiels de la sécurité pour les patients et leurs partenaires de soins, et les prestataires de soins de santé ont la responsabilité de les soutenir dans cette démarche. Les trois éléments essentiels de l'intégration et de l'apprentissage consistent à recueillir et à intégrer les données liées à la sécurité, à en tirer des enseignements et à y réagir (Vincent et coll., 2013b).

Parmi toutes les dimensions du CMSS, les prestataires de soins de santé ont estimé que l'intégration et l'apprentissage étaient celles qui demandaient le plus d'améliorations. De nombreux patients et partenaires de soins ont souligné qu'il fallait que les prestataires reconnaissent leurs erreurs, qu'ils fassent preuve de transparence par rapport aux causes de ces dernières et qu'ils prennent des mesures pour éviter que des événements similaires ne portent préjudice aux patients à l'avenir.

Pour favoriser la sécurité des soins, les patients et les partenaires de soins ont proposé des stratégies d'intégration et d'apprentissage lors des entrevues et des groupes de discussion, notamment la collecte de données provenant de multiples sources, l'apprentissage fondé sur différents points de vue, ainsi que la compilation et l'utilisation des données dans le but de les partager avec le personnel. Les représentants des patients peuvent les aider à communiquer avec le personnel puisque, comme l'ont souligné les personnes interrogées, « prendre la parole » peut être intimidant et donner aux patients un sentiment de vulnérabilité.

Actions visant à améliorer l'approche de l'intégration et de l'apprentissage :

- Soutenir les patients et les partenaires de soins dans la collecte de données, leur intégration, l'apprentissage à en tirer et la mise en œuvre de ces connaissances.
- Soutenir les patients et les partenaires de soins dans leur propre intégration et apprentissage en leur permettant d'accéder à l'information et de se l'approprier.

Conclusion

Le Cadre marque un virage décisif vers une participation active des patients et des partenaires de soins pouvant contribuer à rendre les soins plus sécuritaires. Cette démarche permettra aux prestataires de soins de mieux comprendre la façon dont les patients perçoivent les préjudices et de mieux cerner la signification du sentiment de sécurité.



1.0 CONTEXTE

1.1 Introduction

Les efforts visant à réduire les incidents liés à la sécurité des patients dans le secteur des soins de santé se sont concentrés sur le changement de comportement des personnes, la modification de la structure des soins et la lutte contre des préjudices ciblés (par ex. les chutes en milieu hospitalier). Cependant, nous pensons que, pour améliorer constamment la sécurité des patients, il est nécessaire d'adopter une approche plus large, qui intègre la promotion de soins sécuritaires et explore la possibilité de faire participer activement les personnes à leur propre sécurité.

La participation des patients à la sécurité des soins de santé

Il est essentiel de reconnaître les patients et les partenaires de soins comme des experts en sécurité et des sources précieuses de renseignements sur la sécurité et la qualité des soins (Vincent et Davis, 2012; Équipe d'action pour l'engagement des patients, 2017; Daniels et coll., 2012; Hasegawa et coll., 2011; King et coll., 2010). Ce point de vue est fondé sur un nombre croissant de publications qui suggèrent que les patients et les membres de leur famille peuvent contribuer à assurer la sécurité et à prévenir les préjudices en cernant les risques réels et potentiels, les dangers et les incidents de sécurité qui pourraient autrement passer inaperçus (Équipe d'action pour l'engagement des patients, 2017; Hasegawa et coll., 2011; King et coll., 2010; Daniels et coll., 2012; Ledema et coll., 2012). Les patients et leurs partenaires de soins s'attendent à recevoir des soins sécuritaires et participent de plus en plus activement et efficacement aux discussions et aux décisions concernant les soins, les politiques, les programmes et la prestation de services (Équipe d'action pour l'engagement des patients, 2017; Kovacs Burns et coll., 2014).

De plus en plus de données révèlent que la participation active et significative des patients et des membres de leur famille se traduit par de meilleures expériences de soins et de meilleurs résultats en matière de santé, au Canada et ailleurs (Équipe d'action pour l'engagement des patients, 2017; The Health Foundation, 2013a). Depuis la publication de l'Étude canadienne sur les événements indésirables (Baker et coll., 2004), des groupes de patients formels et informels ont été créés, comme Patients pour la sécurité des patients du Canada, le seul groupe pancanadien axé sur la sécurité. De plus en plus de données probantes démontrent que ces groupes ont une incidence positive sur les résultats en matière de sécurité, le leadership, la gouvernance, la prestation de services, l'élaboration de normes, l'éducation et plus encore (Équipe d'action pour l'engagement des patients, 2017).

L'avenir de la sécurité dans nos systèmes de santé repose sur une conceptualisation plus large de la sécurité et de la participation des patients et des partenaires de soins, à la fois pour comprendre la sécurité et pour travailler avec eux à l'amélioration de nos systèmes de santé (Vincent et Amalberti, 2016). Les patients doivent pouvoir disposer des renseignements qu'ils jugent importants et qui reflètent la sécurité actuelle du service qu'ils utilisent, et non uniquement ses effets préjudiciables passés (The Health Foundation, 2016).

C'est une toute nouvelle façon de gérer la sécurité et de réellement faire [...] participer le patient ou le client à l'élaboration d'un plan de sécurité, c'est une nouvelle approche très efficace. ... [c'est] fournir des services axés sur le patient et faire en sorte que le patient [...] contrôle sa propre destinée et participe pleinement au processus [...], c'est vraiment ouvrir les voies de communication et s'éloigner [...] des soins de santé paternalistes traditionnels où le prestataire détient seul le savoir, pour établir une relation où le prestataire et le patient travaillent ensemble pour parvenir au meilleur résultat possible pour le patient. (Prestataire de soins de santé 2)

Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité

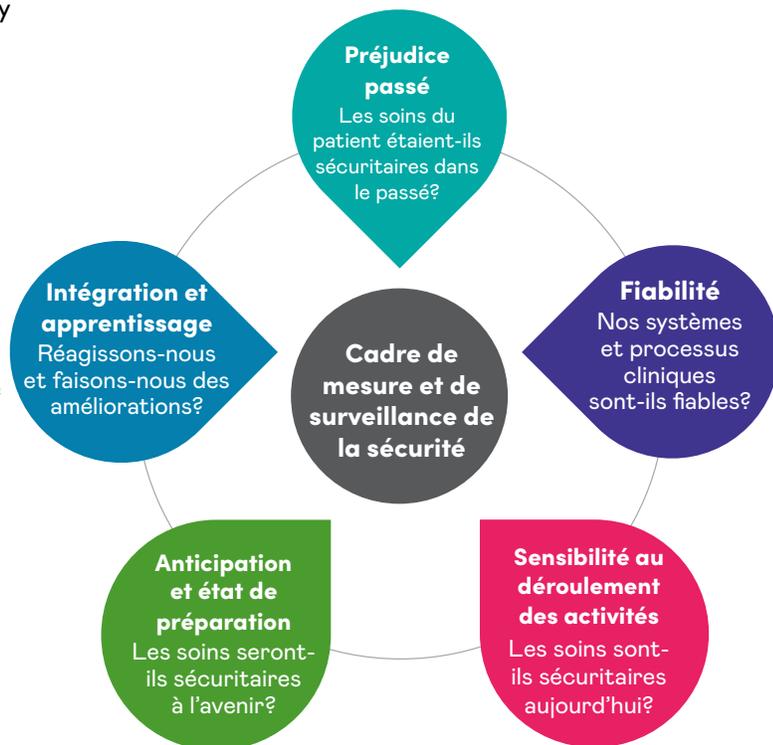
Dans leur rapport de 2013, Vincent, Burnett et Carthey ont proposé une nouvelle approche de la sécurité : le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité (CMSS). Le CMSS met en évidence les dimensions clés que les organismes de soins de santé devraient prendre en considération dans leurs plans de mesure de la sécurité et fournit un point de départ pour des discussions sur la signification de la notion de sécurité et la manière dont elle peut être gérée activement (Vincent et coll., 2013a). Cette approche introduit le concept selon lequel la contribution des patients et des partenaires de soins est essentielle à la surveillance de la sécurité (Vincent et coll., 2013b).

Les membres des équipes cliniques du Canada et du Royaume-Uni qui ont mis en œuvre le CMSS ont déclaré que le Cadre avait modifié le langage qu'ils utilisaient, leur avait donné une vision plus holistique de la sécurité et les avait encouragés à réfléchir à la manière dont la sécurité était activement gérée dans leur environnement (Chatburn et coll., 2018; Goldman et Rotteau, 2020). Le CMSS permet un changement d'état d'esprit qui améliore la compréhension de la sécurité en posant cinq questions fondamentales liées à une dimension précise de la sécurité (voir la figure 1) afin d'évaluer la sécurité des soins (Vincent et coll., 2013b) :

1. **Préjudice passé**
Les soins du patient étaient-ils sécuritaires dans le passé?
2. **Fiabilité**
Nos systèmes et processus cliniques sont-ils fiables?
3. **Sensibilité au déroulement des activités**
Les soins sont-ils sécuritaires aujourd'hui?
4. **Anticipation et état de préparation**
Les soins seront-ils sécuritaires à l'avenir?
5. **Intégration et apprentissage**
Réagissons-nous et faisons-nous des améliorations?

Figure 1 Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité

(Vincent et coll., 2013b)



Les cinq domaines du CMSS ne sont pas des composants indépendants d'un processus circulaire qui commencerait par les préjudices puis passerait à la fiabilité, et ainsi de suite. Il s'agit plutôt de concepts interreliés qui se chevauchent et qui, lorsqu'ils sont tissés ensemble, créent un système beaucoup plus solide et plus sécuritaire, comme le montre ici l'illustration d'une corde tressée (figure 2).

Figure 2 – Corde composée de cinq brins qui représente la synergie des cinq domaines



Des équipes de tout le pays travaillent à faire progresser les connaissances et l'expérience du CMSS au Canada depuis 2016. Les bénéfices clés du Projet d'amélioration de la sécurité du CMSS au Canada de l'ICSP³ sont décrits dans le tableau 1.

Tableau 1 : Les bénéfices clés du projet d'amélioration de la sécurité du CMSS au Canada

- Il change la perception de la sécurité. L'intérêt se déplace des préjudices passés à une vision plus holistique de la sécurité. Il génère une compréhension de la sécurité uniformément partagée.
- Il nous fait passer de l'assurance et de la responsabilisation à une « pratique du questionnement » et valorise l'intelligence émotionnelle ou les compétences « douces » (par ex. les capacités d'écoute, d'observation et de perception).
- Il donne à chacun la possibilité de contribuer de manière proactive à la sécurité et favorise une culture de responsabilité collective à l'égard de la sécurité.
- Il amène à comprendre que la sécurité du personnel et la sécurité des patients vont de pair.
- Il reconnaît et valorise la contribution des patients et des soignants à la création de la sécurité.

(Institut canadien pour la sécurité des patients, 2021)

³ En 2021, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) ont fusionné pour former le nouvel organisme Excellence en santé Canada (ESC).

La valeur du CMSS réside dans le fait qu'il va au-delà du comptage des préjudices et se concentre sur les soins présents et à venir en posant des questions telles que : « Vos soins seront-ils sécuritaires? ». Il incite à repenser le concept de sécurité. La sécurité n'est pas un projet ou un travail isolé; elle exige une culture de responsabilité collective qui tire parti de l'« intelligence émotionnelle ou douce » en valorisant les patients et les soignants dans le processus de création de la sécurité et en comblant le fossé entre ce que les prestataires considèrent comme des soins sécuritaires et la conception qu'en ont les patients et les soignants. Lorsqu'ils ont été sollicités, les patients et le public ont indiqué que leurs relations avec le personnel et la façon dont le personnel communique avec eux sont les facteurs les plus importants qui contribuent à leur sentiment de sécurité (The Health Foundation, 2016).

1.2 Objectif de l'étude

Dans le but de mieux saisir le rôle des patients et des partenaires de soins, ESC a confié à une équipe le mandat de mener une étude de recherche par méthodes mixtes afin d'apprendre comment le CMSS pourrait être mis en œuvre pour mieux comprendre comment les patients et leurs partenaires de soins perçoivent la sécurité dans le système de santé et utiliser ces connaissances pour influencer les pratiques de soins.

2.0 DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

Ce rapport présente l'analyse des données issues des entrevues, des groupes de discussion et du café du savoir (une activité de partage des connaissances) avec des patients, des aidants, des prestataires de soins et des dirigeants d'organismes. Les dimensions du CMSS ont été utilisées pour guider cette analyse.

La question fondamentale qui a guidé l'étude était la suivante : « **Les soins sont-ils sécuritaires du point de vue des patients, des familles, des partenaires de soins et des prestataires de soins?** »

2.1 Objectif et questions de recherche

L'objectif de l'analyse était de comprendre le CMSS du point de vue du patient, du partenaire de soins et du professionnel de la santé, et d'apprendre comment mettre ce Cadre en pratique.

2.2 Gouvernance du projet

Un Comité consultatif pancanadien a été formé en 2019 avec Maaïke Asselbergs (Patients pour la sécurité des patients du Canada) et G. Ross Baker (Université de Toronto) en tant que coprésidents, ainsi que des représentants d'autres directions de systèmes de santé de l'ensemble du Canada. Le mandat de ce comité était d'aider l'équipe de recherche et ESC à étudier la question : « Vos soins sont-ils sécuritaires? » du point de vue des patients, des partenaires de soins et des prestataires de santé. Le Comité a assuré une supervision stratégique tout au long de la recherche. Vous retrouverez la composition du Comité consultatif à l'annexe A.

3.0 MÉTHODES D'ÉTUDE

3.1 Méthodologie

Cette étude qualitative multiphase comprenait une analyse documentaire, des entrevues, des groupes de discussion et une activité de partage des connaissances, appelée café du savoir.

3.2 Analyse documentaire

L'analyse documentaire a cherché des réponses à la question : « *Quelles sont les connaissances qui ont été publiées sur la perception de la sécurité et l'expérience vécue par les patients et les soignants dans le système de soins de santé?* ». La recherche de publications a été guidée par des combinaisons de termes de recherche clés, notamment :

- *Population* : patient, client, soignant, aidant ou partenaire de soins et membres de la famille
- *Notion d'intérêt* : sécurité, sécurité des patients, voix des patients, expérience des patients ou expérience patient, perception des patients
- *Contexte* : système de soins de santé, soins de santé, hôpital, soins primaires, soins à domicile, soins de longue durée

Deux chercheurs ont examiné les résumés des 1 357 études recensées pour vérifier leur pertinence selon les critères de sélection établis et ont retenu 126 articles possibles. L'équipe de recherche a ensuite examiné ces 126 études et a exclu 92 d'entre elles, notamment parce qu'elles ne portaient pas sur les patients, les aidants ou la sécurité des patients, parce qu'il ne s'agissait pas d'une étude qualitative ou parce qu'il ne s'agissait pas d'une recherche originale (par ex. un éditorial ou un commentaire). Quatre autres documents (examen systématique [1] et documentation parallèle [3]) suggérés par les membres du Comité consultatif ont ensuite été ajoutés. Au total, 38 documents ont donc été analysés pour en dégager les thèmes et les catégories de base afin de comprendre comment les patients et leurs partenaires de soins perçoivent la sécurité.

3.3 Entrevues et groupes de discussion

L'équipe de recherche, en collaboration avec le Comité consultatif du projet, a élaboré la stratégie d'échantillonnage des personnes à interroger et des participants aux groupes de discussion. La stratégie d'échantillonnage a été élaborée à partir des cohortes suivantes :

- Patients ou partenaires de soins qui participaient à des activités de partenariat avec les patients (par ex. Patients pour la sécurité des patients du Canada, Imagine, patients ressources, etc.).
- Patients ou partenaires de soins ayant récemment bénéficié de soins de santé dans n'importe quel secteur de la santé (soins de courte ou de longue durée, soins à domicile, soins primaires, santé mentale et toxicomanie, soins maternels et pédiatriques, etc.) des différentes régions du Canada.
- Prestataires de soins de santé connaissant bien le CMSS.

3.4 Collecte de données et plan analytique

Les membres de notre Comité consultatif ont envoyé un courriel de recrutement aux personnes figurant sur leurs listes de diffusion, et un gazouillis a été publié dans les médias sociaux par l'ICSP.⁴ Toutes les entrevues avec les patients et les partenaires de soins, ainsi que les groupes de discussion, débutaient par un aperçu de la sécurité des patients et du CMSS présenté par les accompagnateurs collaboratifs du CMSS d'ESC. Les entrevues et les groupes de discussion ont été menés à l'aide de guides d'entrevues semi-structurées, encadrées par les principaux apprentissages, principes et dimensions du CMSS. Les participants ont reçu une carte cadeau de 25 \$ en reconnaissance de leur participation.

Il y a eu 23 entrevues (huit prestataires de soins de santé et 15 patients et partenaires de soins) et quatre groupes de discussion (un mélange de 13 patients et partenaires de soins) pour un total de 36 participants. La plupart des participants venaient de l'Ontario (n = 18, 67 %), suivi de l'Alberta (n = 4, 15 %), de la Colombie-Britannique (n = 3, 11 %) et de la Saskatchewan (n = 2, 7 %). La majorité des participants étaient des femmes, d'âge moyen, très instruites, financièrement stables, et avaient été des patientes ou des partenaires de soins pendant de nombreuses années. Voir l'annexe B pour consulter les données démographiques en détail.

Les entrevues et les discussions de groupe ont été menées virtuellement et, avec le consentement des participants, ont été enregistrées et ont fait l'objet de transcriptions verbatim. Le CMSS a servi de guide pour coder les données des entrevues et des groupes de discussion, suivant une approche axée sur l'analyse directe du contenu (Hsieh et Shannon, 2005). Plus précisément, les membres de l'équipe d'étude ont examiné de façon indépendante les transcriptions ligne par ligne en utilisant l'optique du CMSS pour coder les données (préjudices passés, fiabilité, sensibilité au déroulement des activités, anticipation et état de préparation, et intégration et apprentissage). Les résultats de l'analyse documentaire et du café du savoir ont également été reliés aux dimensions du CMSS.

3.5 Café du savoir

Afin de mettre en pratique les résultats des entrevues, une séance virtuelle de café du savoir a été organisée. Ce café du savoir a permis aux participants de partager des renseignements, de répondre à des questions clés et de travailler à l'élaboration de stratégies exploitables en vue de réaliser les futures activités liées à la sécurité des patients (Anderson, 2011; CHI KT Platform, 2019). Il s'est déroulé en deux séances d'une demi-journée, au cours desquelles des patients, des partenaires de soins, des prestataires, des gestionnaires, des dirigeants et des décideurs ont été réunis pour prendre connaissance des résultats, donner leurs commentaires, étudier la manière dont ces résultats s'harmonisent au CMSS et la façon de les mettre en pratique. Les participants de ce café ont été choisis parmi les participants aux entrevues et aux groupes de discussion, de même que parmi les membres du Comité consultatif et les personnes sélectionnées par celui-ci.

⁴ En 2021, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) ont fusionné pour former le nouvel organisme Excellence en santé Canada (ESC).

4.0 RÉSULTATS

Analyse à l'aide du CMSS

Cette section résume les résultats obtenus par les auteurs du CMSS, l'analyse documentaire, les entrevues et les groupes de discussion, ainsi que le café du savoir dans des sous-sections distinctes utilisant les domaines du CMSS : préjudice passé, fiabilité, sensibilité au déroulement des activités, anticipation et état de préparation, et intégration et apprentissage. Chaque sous-section comprend des suggestions pour améliorer chaque domaine du CMSS. Bien que les résultats soient présentés par domaine, il est important de préciser qu'un concept relevé dans un domaine peut aussi se rapporter aux autres. Pour mieux distinguer les domaines, il peut être utile de réfléchir non seulement aux données recueillies, mais aussi à la manière et au moment où elles sont utilisées.

4.1 Préjudice passé – Les soins du patient étaient-ils sécuritaires dans le passé?

Que pensent les auteures du CMSS des préjudices passés?

Les experts en sécurité des patients ont constaté que : « Les préjudices surviennent à la suite de défaillances dans la prestation des soins aux patients, plutôt qu'en raison de l'évolution naturelle de la maladie ou de l'infirmité. » (Vincent et Amalberti, 2016, p. 39). Dans le rapport de la Health Foundation sur le CMSS, les auteurs décrivent différents types de préjudices pouvant survenir dans le secteur des soins de santé :

- les préjudices physiques
- les préjudices causés par un traitement insuffisant, excessif ou inapproprié
- un diagnostic tardif ou inadéquat
- les préjudices psychologiques
- la déshumanisation
- le déclin fonctionnel résultant de l'hospitalisation
- les préjudices lors des transitions de soins (Vincent et coll., 2013 a, Vincent et coll., 2013b, Garrett et coll., 2017)

Ce qui est généralement mesuré dans le système de soins de santé n'est pas la sécurité des soins, mais bien les préjudices qu'ils ont causés. On prend de plus en plus conscience que la mesure des échecs du passé n'est pas le meilleur indicateur de la sécurité actuelle ou future (The Health Foundation, 2013a). La mesure des préjudices, bien qu'elle constitue un fondement essentiel, ne correspond pas à la mesure de la sécurité. La sécurité des patients doit englober bien plus que la mesure des préjudices afin de prévenir les événements liés à la sécurité (Vincent et coll., 2013a).

Qu'est-ce que l'analyse documentaire a révélé sur le point de vue des patients et des partenaires de soins au sujet des préjudices passés?

L'analyse documentaire a révélé que les patients et les partenaires de soins ont subi des préjudices de nature psychologique et déshumanisante, notamment le fait de se sentir réduits au silence, rejetés et méprisés lorsque leurs préoccupations et leurs craintes n'étaient pas prises en compte (Bishop et Cregan, 2015; Dabaghi et coll., 2020; Ellegaard et coll., 2020; Mazor et coll., 2012; New et coll., 2019). Un patient a affirmé qu'il se sentait comme un numéro plutôt qu'une personne; tandis qu'un autre a indiqué qu'il se sentait mis de côté (Bishop et Cregan, 2015). La détérioration de l'état de santé qui passe inaperçue ou qui n'est pas prise en charge entraîne des préjudices physiques et des retards dans la prestation des soins (ICSP, 2017).

Dans certains cas, les patients et leurs partenaires de soins ont transmis des renseignements qui n'ont pas été pris au sérieux par le personnel (Bishop et Cregan, 2015). D'autres ont décrit des ruptures de communication et ont mis en doute la compétence de certains membres de l'équipe soignante (Dabaghi et coll., 2020; Entwistle et coll., 2010; Mazor et coll., 2012; Ottosen et coll., 2019).

Globalement, la documentation a révélé l'incidence que les soins peuvent avoir sur le bien-être physique, psychologique et émotionnel des patients et des partenaires de soins et vient valider les types de préjudices dans les soins de santé (par ex. préjudice physique, préjudice psychologique, préjudice lors des transitions de soins, traitement insuffisant et traitement excessif, déshumanisation, diagnostic tardif, déclin d'origine hospitalière) décrits par Vincent et coll. (2013b).

Au cours des entrevues, quels ont été les commentaires des patients, des partenaires de soins et des prestataires au sujet des préjudices passés?

L'analyse des entrevues et des groupes de discussion a également démontré que les perceptions et les expériences des patients et des partenaires de soins en matière de sécurité vont au-delà des préjudices physiques. Comme il a été précisé dans les résultats de l'analyse documentaire, les patients et leurs partenaires de soins ont parlé de situations où ils se sont sentis réduits au silence, rejetés et méprisés lorsque leurs préoccupations étaient ignorées ou qu'ils se sentaient maltraités et sous-estimés. Dans certains cas, les patients et leurs partenaires de soins ont mentionné que les prestataires de soins se concentraient trop sur la guérison de la maladie et n'accordaient pas assez d'attention aux soins fondamentaux élémentaires (par ex. l'administration de médicaments appropriés, la mobilité). Dans d'autres cas, les patients n'ont pas reçu de soins adéquats en raison d'évaluations non conformes aux normes. Comme dans l'analyse documentaire, les patients et les partenaires de soins ont fait état d'une rupture de communication et de confiance avec certains membres de l'équipe soignante. Le manque de suivi a également été signalé comme une source de préjudice. Dans l'ensemble, ces situations ont eu des répercussions sur la sécurité physique et psychologique ainsi que sur le bien-être émotionnel des patients et des partenaires de soins.

C'était très frustrant parce que j'étais convaincu que quelque chose se passait. Ce que je veux dire, c'est qu'on parle précisément du diagnostic de sa maladie de Crohn; il y a des signes physiques que quelque chose se passe, vous savez. [...] Il était malade et je l'avais emmené consulter plusieurs médecins différents qui avaient tous banalisé mes inquiétudes. C'était frustrant parce que je n'avais plus personne vers qui me tourner, même si je savais qu'il avait besoin d'une aide médicale. (Patient/Partenaire de soins 3)

Les types de préjudices décrits par les patients comprenaient des préjudices physiques et des retards, ou des diagnostics erronés et des retards dans le traitement. Parmi les préjudices physiques, les patients ont mentionné des blessures dues à une chute, des infections et des erreurs de médication qui, dans certains cas, ont entraîné la mort. Des préjudices psychologiques et émotionnels subis par les patients et les partenaires de soins ont également été signalés, notamment le fait de se sentir négligé, mal à l'aise et déshumanisé. Les témoignages suivants illustrent la dimension des préjudices passés du CMSS :

Les deux fois où mon mari est allé à l'hôpital parce qu'il ressentait une pression et une douleur inhabituelles au thorax, le personnel hospitalier [a dû lui dire] au moins quatre fois : « OK, on a fait un ECG, ce n'est pas votre cœur. ». Alors, il s'est tout de suite senti jugé et très honteux d'être à l'hôpital alors que d'autres avaient plus besoin de soins que lui [...], la deuxième fois, [...] on lui a encore dit que tout allait bien, et il a insisté : « Vous êtes sûrs? Ça ne serait pas x, y, z? ». Et on venait de lui dire : « Ce n'est pas ça. Vous avez des brûlures d'estomac. » Nous sommes partis et il avait tellement honte. Il s'en voulait d'avoir demandé de l'aide une troisième fois, alors qu'on venait de le rassurer en lui disant que ce n'était pas une maladie cardiaque et qu'il ne s'agissait que de brûlures d'estomac, même si c'était très douloureux [...], nous étions en vacances en famille et il est mort trois jours plus tard. (Patient/Partenaire de soins 11)

Les prestataires interrogés ont souligné que le personnel devait avoir une meilleure compréhension des préjudices. Ils ont également souligné que, lorsqu'il est question de préjudice, toutes les personnes concernées (patients, familles, équipes) devraient participer à la discussion.

Le Cadre a changé notre vision des préjudices [...] des différents types de préjudices, des choses comme la déshumanisation [...], on a travaillé fort pour enseigner les différents types de préjudices à notre personnel. (Prestataire de soins de santé 7)

Que pouvons-nous tirer de l'analyse documentaire pour améliorer notre approche des préjudices passés?

La contribution des patients et du public aux questions de sécurité s'est surtout limitée à une rétroaction à la suite d'incidents liés à la sécurité des patients ou de mauvaises expériences relatives aux soins (The Health Foundation, 2013a). Afin d'améliorer la sécurité, il faut une compréhension et une approche plus exhaustives des préjudices et de la sécurité.

La reconceptualisation de la notion de sécurité afin d'intégrer les expériences des patients et des partenaires de soins dans une vision plus large des préjudices constitue l'une des stratégies possibles pour faire évoluer l'approche des préjudices et de la sécurité (De Brún et coll., 2017). La documentation fait état de certaines recommandations visant à faire participer activement les patients à la dimension des préjudices passés :

- inclure les patients et le grand public dans le processus d'examen et d'analyse des préoccupations des patients
- accroître la transparence, l'accès et le soutien aux patients lors de l'interprétation des données et des renseignements sur la santé (The Health Foundation, 2013a)
- donner l'occasion aux groupes de patients de fournir des conseils sur les mesures de sécurité (The Health Foundation, 2013b)

La matrice de maturité du CMSS est une méthode permettant de renforcer les approches actuelles de la sécurité des patients (Carthey et Downham, 2017). La matrice de maturité vise à aider les organismes de santé à réfléchir à leur approche de la mesure et de la surveillance de la sécurité. La réalisation d'une autoévaluation à l'aide de la matrice de maturité est une

stratégie qui aide les organismes et les équipes de soins de santé à repérer les lacunes et à renforcer certains aspects de leurs systèmes afin d'améliorer la sécurité. La matrice de maturité a été conçue pour répondre à la question suivante : « Quel est le degré de maturité de l'approche de notre organisme en matière de mesure et de surveillance de la sécurité? ». La matrice de maturité comporte cinq niveaux de maturité, l'objectif étant d'atteindre le niveau cinq dans les cinq dimensions.

Qu'ont dit les patients, les partenaires de soins et les prestataires de soins de santé lors des entrevues et du café du savoir sur la méthode à suivre pour améliorer notre approche des préjudices passés?

Les patients, les partenaires de soins et les prestataires de soins de santé ont proposé les actions et les stratégies suivantes pour encourager le renforcement du partenariat prestataire-patient face aux préjudices passés :

- Offrir aux patients et aux partenaires de soins des possibilités et des environnements leur permettant de s'exprimer ou de signaler les préjudices subis
- Divulguer les préjudices, en tirer des leçons et assurer un suivi après les préjudices
- Faire appel à des défenseurs des droits des patients pour soutenir les patients et les partenaires de soins en cas de préjudice
- Donner plus facilement accès aux données relatives aux préjudices, aux incidents liés à la sécurité des patients et aux problèmes de sécurité signalés par les patients

[L'annexe C](#) présente des exemples pour chaque action énumérée ci-dessus.

4.2 Fiabilité : Nos systèmes et processus cliniques sont-ils fiables?

Que pensent les auteurs du CMSS de la fiabilité?

La fiabilité mesure la probabilité qu'une tâche, un processus, une intervention ou un plan d'intervention soit exécuté ou suivi comme prévu. Elle se définit comme « un fonctionnement sans défaillance au fil du temps » et s'applique aux mesures du comportement, des processus et des systèmes. Bien qu'elle soit un fondement essentiel et un facteur contributif de la sécurité, la fiabilité ne suffit pas à elle seule à garantir la sécurité (Vincent et coll., 2013 a; Vincent et coll., 2013b).

Dans le secteur des soins de santé, les processus et systèmes cliniques sont rarement fiables et de nombreux patients subissent des préjudices liés aux soins destinés à les aider. De nombreuses mesures peuvent être prises pour accroître la fiabilité, mais il est important de comprendre qu'il y aura toujours un écart entre la pratique idéale et la réalité des soins dispensés (Vincent et Amalberti, 2016).

Bien que les routines et les procédures normalisées soient souvent le fondement d'un organisme sécuritaire, il existe également de nombreuses données probantes attestant que les règles complexes peuvent être difficiles à suivre et qu'elles sont souvent transgressées. Les facteurs qui contribuent à une mauvaise fiabilité sont les suivants :

- Le personnel accepte une fiabilité médiocre comme étant normale, et ne signale donc pas les problèmes de sécurité ou ne s'attaque pas aux problèmes
- Absence de mécanismes de rétroaction aux personnes (par ex. au personnel après la rédaction d'un rapport d'incident)
- Manque de rétroaction au sein des systèmes (par ex., contrôle des stocks d'équipement)
- Manque de normalisation, par exemple dans la manière de prescrire certains médicaments, dans la façon dont le personnel effectue le transfert de responsabilité et dans le mode de stockage de l'équipement

- Mauvaise communication, tant écrite (par ex. mauvaise documentation des changements de médicaments dans les dossiers médicaux des patients) que verbale (par ex. transfert de responsabilité interrompu)
- Manque d'appropriation des problèmes de fiabilité, par exemple en blâmant les autres pour des défaillances telles que le défaut de charger l'équipement (Burnett et coll., 2011; Vincent et coll., 2013b)

Qu'est-ce que l'analyse documentaire a révélé sur le point de vue des patients et des partenaires de soins au sujet de la fiabilité?

Les défaillances des processus de soins contribuent au sentiment d'insécurité des patients. Parmi les problèmes de fiabilité relevés par les patients dans la documentation, citons : une mauvaise coordination au sein de l'équipe de traitement, des contradictions dans les communications, une mauvaise identification du patient, un manque d'attention à son régime alimentaire, une pénurie de fournitures médicales, des défaillances de l'équipement telles que des alarmes de lit défectueuses, des diagnostics manqués et des retards dans les recommandations et le traitement, des erreurs d'ordonnance, de distribution et d'administration des médicaments, des erreurs dans les procédures techniques de test et de traitement, des omissions ou des erreurs de communication, des lacunes dans la propreté de l'hôpital, l'exposition aux menaces d'autres patients ainsi que des détériorations de l'état de santé que les professionnels de la santé n'ont pas remarquées ou prises au sérieux (Entwistle, 2010; Dabaghi et coll., 2020). Dans l'une des études, les patients ont dit hésiter à parler des manquements à la norme de soins, de peur d'être étiquetés comme des « râleurs » et d'avoir une incidence négative sur les soins (Entwistle, 2010).

Les patients considèrent que des soins fiables sont essentiels pour se sentir en sécurité et ils estiment que les prestataires doivent posséder les qualités suivantes pour assurer des soins fiables : être techniquement compétent, être attentif, respecter les normes de soins, se conformer aux plans de soins personnels et avoir une connaissance approfondie du processus de soins requis et des procédures quotidiennes établies. Le fait que le personnel connaisse bien les patients et les processus de soins dont ils ont besoin renforce la confiance des patients et contribue à rendre leurs soins plus sécuritaires (Chin, 2011; Schaepe, 2017; Bergman, 2020; Costa, 2020).

La documentation décrit également la valeur que les partenaires de soins apportent à la fiabilité des soins. En accompagnant les patients, les partenaires de soins peuvent apprendre les soins attendus et les procédures normalisées, comme la prévention des infections et l'utilisation sécuritaire des fournitures et des médicaments. Ces connaissances démontrent que les partenaires de soins font partie intégrante du processus de soins en milieu hospitalier et qu'ils y jouent un rôle important (Bergman, 2020; Costa, 2020).

Bien que le personnel puisse déceler des lacunes dans la structure du système de travail qui risquent d'entraîner des soins non sécuritaires – comme le manque de ressources, une charge de travail élevée et une coordination limitée entre les hôpitaux, un équipement de mauvaise qualité et la conception du lieu de travail – les patients ne sont souvent pas conscients de l'existence de ces conditions et croient qu'ils reçoivent des soins sécuritaires (Bergman, 2020).

Au cours des entrevues, quels ont été les commentaires des patients, des partenaires de soins et des prestataires au sujet de la fiabilité?

Notre analyse des entrevues et des groupes de discussion a révélé qu'une fiabilité médiocre contribuait au sentiment d'insécurité des patients. D'autre part, les patients et les partenaires de soins ont décrit des exemples de soins fiables qui ont contribué à leur sentiment de sécurité.

« Alors, on a demandé qu'à chaque fois que [l'équipe soignante] allait entrer dans la pièce, qu'ils fredonnent, ou chantent, ou fassent quelque chose comme ça. [...] c'était, en fait, en réponse à l'une de leurs questions qui nous demandait comment on pouvait l'aider à se sentir mieux pendant les interventions désagréables, et on leur a dit de chanter. Vous devez chanter. Et ils ont inscrit ça sur son tableau blanc, comme une vraie mesure à prendre, et ils ont chanté pendant toutes les interventions désagréables [...], toute l'équipe a chanté quand ils ont dû retirer le tube du respirateur, parce que sinon ç'aurait été trop désagréable. Et croyez-moi, ça voulait dire beaucoup pour nous parce que non seulement ils [nous] ont écoutés, [mais] ils ont [aussi] surmonté leur propre malaise de chanter devant les membres de leur équipe pour prendre soin du patient. » (Patient/Partenaire de soins 3)

Le témoignage suivant est un exemple de la capacité d'un patient à contribuer à la sécurité en détectant et en communiquant une erreur.

« Mon médecin m'avait dit que je devais passer un scan [examen de TDM], mais le bout de papier que j'avais en main me disait qu'il fallait que j'en passe un autre. Après, le [technicien] m'a dit : « Vous avez raison. Ce n'est pas le même examen. » (Patient/Partenaire de soins 1)

Lorsqu'on a demandé aux professionnels de la santé « quelle est la dimension qui, selon vous, est la plus importante pour les familles et les patients dont vous vous occupez et pourquoi », plusieurs ont répondu la fiabilité. Les professionnels de la santé ont également pu constater l'importance de la fiabilité dans leur travail quotidien et son incidence sur la sécurité.

Lorsque je collabore à des examens de l'assurance de la qualité [...] au sujet [...] d'un événement clinique indésirable grave, [...] l'une des premières choses que nous faisons en tant qu'équipe d'analyse est d'examiner la fiabilité des systèmes et des processus. Avons-nous les politiques [et] les procédures nécessaires en place? Sont-elles faciles à suivre ou le personnel est-il capable de les suivre? Ou bien existe-t-il des solutions de contournement et pourquoi ces solutions de contournement existent-elles? Avons-nous des équipements [et] des systèmes informatiques fiables? Notre processus pour tout ce que nous faisons est-il fiable? [...] et à ce stade, il est vraiment facile de sauter aux conclusions. [...] Nous avons une procédure, elle aurait dû être suivie, et elle ne l'a pas été. À ce moment-là, [...] on pourrait presque automatiquement blâmer quelqu'un et lui dire de ne pas recommencer. Mais nous n'adoptons pas cette approche. [Nous discutons] avec le personnel et nos patients et nous essayons de comprendre ce qui s'est passé pour comprendre le contexte de l'événement. Et c'est toujours à ce moment-là que, même si nous semblons avoir des processus ou des systèmes vraiment solides, nous découvrons les vulnérabilités de ces systèmes. (Prestataire de soins de santé 1)

Que pouvons-nous tirer de l'analyse documentaire pour améliorer notre approche de la fiabilité?

Le personnel, les patients et les partenaires de soins doivent tous contribuer à assurer une plus grande fiabilité des soins. Au cœur des efforts d'amélioration se trouvent les conversations ouvertes sur les écarts entre les « soins tels qu'ils sont écrits » et les « soins tels qu'ils sont fournis ». Une discussion explicite sur les réalités des soins habituels est une première étape essentielle pour améliorer la fiabilité. La sécurité est assurée par les praticiens de première ligne plutôt qu'imposée par des normes. Les règles et procédures représentent un élément essentiel de la sécurité et, si certaines doivent être respectées à la lettre, il est parfois nécessaire de s'écarter des procédures normalisées au nom de la sécurité et de la qualité des soins. Il est important d'explorer les façons dont le personnel adapte les règles pour aider à prévenir les préjudices car, sans discussions ouvertes, les menaces quotidiennes et les variations des normes de soins ne peuvent pas être pleinement comprises et peuvent conduire à cibler les mauvais comportements (Vincent et Amalberti, 2016).

Selon les experts en sécurité, les patients sont des superviseurs méticuleux de leurs propres soins, et leurs perceptions et expériences jouent un rôle important dans leur prise de conscience des problèmes dans les établissements de soins. Ils sont les seuls à avoir une vision privilégiée en tant qu'acteurs clés des rencontres et des processus de soins (O'Hara, 2013; Vincent et Amalberti, 2016; Dabaghi et coll., 2020). Les patients sont bien placés pour fournir des renseignements sur la fiabilité des processus exigeant la cohérence du « comportement humain ». Les patients et leurs familles sont très bien placés pour fournir des renseignements essentiels sur leur sécurité, des renseignements que notre système de soins de santé complexe ne peut pas obtenir, colliger ou traiter (Bishop et Cregman, 2010; O'Hara, 2013).

Comme dans le cas des préjudices passés, l'utilisation de la matrice de maturité (Carthey et Downham, 2017) pour réaliser une autoévaluation de votre organisme et déterminer les mesures à prendre peut améliorer la fiabilité.

Qu'ont dit les patients, les partenaires de soins et les prestataires de soins de santé lors des entrevues et du café du savoir sur la méthode à suivre pour améliorer notre approche de la fiabilité?

Les patients, les partenaires de soins et les prestataires de soins de santé ont proposé les actions et les stratégies suivantes pour encourager le renforcement du partenariat prestataire-patient en matière de fiabilité :

- Optimiser les partenariats entre les patients et les prestataires de soins de santé
- Apprendre à connaître les patients, effectuer des vérifications régulières, optimiser la communication lors des transitions de soins
- Donner aux patients et aux partenaires de soins la possibilité et les cadres nécessaires pour s'exprimer au sujet des défaillances des équipements, des tâches, des processus, des interventions et des protocoles de soins
- Faciliter l'accès des patients aux résultats de leurs tests et aux renseignements sur leur état de santé
- Accroître la transparence lors du partage des données relatives à la fiabilité des processus qui sont essentiels à la sécurité des patients

L'annexe D contient des exemples pour chaque action énumérée ci-dessus.

4.3 Sensibilité au déroulement des activités : Les soins sont-ils sécuritaires aujourd'hui?

Que pensent les auteures du CMSS de la sensibilité au déroulement des activités?

La dimension de la sensibilité au déroulement des activités du CMSS pose la question suivante : « Les soins sont-ils sécuritaires aujourd'hui? ». La sensibilité au déroulement des activités favorise la détection précoce des problèmes afin que des mesures puissent être prises avant qu'ils ne menacent la sécurité des patients (Vincent et coll., 2013b). Elle exige d'observer, d'écouter, de percevoir et d'agir en temps opportun en fonction des renseignements. Elle concerne la gestion de la sécurité au jour le jour, d'heure en heure, et même à chaque minute. Ce domaine se concentre sur le regroupement d'un ensemble de renseignements pour aider les cliniciens, les gestionnaires et les dirigeants à évaluer la sécurité et à agir en temps réel. La réussite dans ce domaine repose sur la confiance. Les équipes, les gestionnaires et les dirigeants doivent être en mesure de parler honnêtement de toutes les influences qui pèsent sur leur capacité à fournir des soins sécuritaires et sans préjudice dès aujourd'hui (UK Improvement Alliance, 2017).

Dans le secteur des soins de santé, la sécurité ne se limite pas à la vérification de l'identité du patient, de ses signes vitaux et de ses médicaments. Elle doit inclure une prise de conscience par le personnel, les superviseurs et la direction des problèmes plus larges qui peuvent avoir une incidence sur les soins aux patients (Vincent et coll., 2013b). La sensibilité au déroulement des activités peut consister, pour les cliniciens, à surveiller les signes subtils de détérioration ou d'amélioration chez leurs patients, et à surveiller leurs équipes pour déceler des signes de friction, de fatigue ou de manquement aux normes. Pour les gestionnaires, il peut également s'agir d'être attentif aux répercussions d'un manque de personnel, d'une panne d'équipement, d'une augmentation soudaine du nombre de patients et d'une foule d'autres problèmes potentiels (Vincent et coll., 2013b). La sensibilité au déroulement des activités a été décrite comme un sentiment

instinctif qui se manifeste lorsque l'on entre dans un espace ou une unité et que la situation ne semble pas tout à fait normale.

Pour être efficace dans ce domaine, il faut mettre l'accent sur le « renseignement utilisable », c'est-à-dire le renseignement obtenu en temps réel, qui est communiqué de manière compréhensible et qui suscite une action immédiate. Dans la pratique, des échelles de temps différentes sont adaptées à des contextes différents. Parfois, dans les milieux cliniques, la sécurité doit être contrôlée à chaque minute. Les gestionnaires peuvent avoir à résoudre la plupart des problèmes mineurs soit quotidiennement, soit dans un délai d'une semaine environ (Vincent et coll., 2013b).

Qu'est-ce que l'analyse documentaire a révélé sur le point de vue des patients et des partenaires de soins au sujet de la sensibilité au déroulement des activités?

L'analyse documentaire a révélé que la sensibilité au déroulement des activités était évidente lorsque les patients faisaient confiance au personnel parce qu'ils se sentaient pris en charge et « protégés » (Appleton et coll., 2018; Bergman et coll., 2020). Le fait d'être informé et préparé aux processus et procédures, parce que les prestataires de soins prennent le temps de communiquer et de fournir des renseignements sur ce qui se passe, est essentiel pour que les patients se sentent en sécurité (Appleton et coll., 2018; Bergman et coll., 2020). Le fait que le personnel soit présent, qu'il écoute et réponde aux préoccupations des patients s'est avéré essentiel pour créer une relation respectueuse où les patients ont le sentiment d'être un membre important de l'équipe soignante (Ottosen, 2019). Les patients associent la sécurité des patients au sentiment de maîtriser leurs soins et d'être en contact avec leurs prestataires de soins (Bishop et Cregan, 2015; Appleton et coll., 2018).

La confiance, une communication efficace, le sentiment d'être entendu, l'empathie, la compassion et l'impression d'avoir une relation avec le prestataire de soins de santé ont été cités comme des facteurs importants qui contribuent à une expérience positive pour le patient (Appleton et coll., 2018; Entwistle et coll., 2010; Bishop et Cregan, 2015).

En revanche, l'analyse documentaire a également mis en lumière des exemples où la sensibilité au déroulement des activités n'était pas apparente dans la prestation des soins. Par exemple, les patients avaient parfois l'impression qu'on les déplaçait ou qu'on les traitait uniquement comme des numéros. Les patients et leurs partenaires de soins voulaient que le patient soit reconnu au-delà d'une simple maladie. Ils voulaient être intégrés en tant que partenaires dans leurs soins et que leurs besoins particuliers soient compris. L'une des principales préoccupations exprimées par les patients et leurs partenaires de soins était leur manque de participation aux décisions concernant leur traitement (Bishop et Cregan, 2015).

Les patients ont dit avoir eu « l'intuition » que quelque chose n'allait pas, mais avoir hésité ou ne pas s'être sentis à l'aise d'en parler. Certains patients ont raconté qu'ils s'étaient sentis découragés d'être réduits au silence ou ignorés lorsqu'ils essayaient de faire part de leurs préoccupations au personnel, tandis que d'autres ont confié ne pas savoir comment exprimer ce qu'ils souhaitaient communiquer (Bishop et Cregan, 2015).

Au cours des entrevues, quels ont été les commentaires des patients, des partenaires de soins et des prestataires au sujet de la sensibilité au déroulement des activités?

Au cours des entrevues et des groupes de discussion, les participants ont fait part de la nécessité d'établir et de maintenir des relations de confiance, d'avoir des interactions pertinentes, de bonnes communications et des liens avec des prestataires de soins de santé compassants et bien informés. Comme dans le cas de l'analyse documentaire, les exemples de sensibilité au déroulement des activités du point de vue du patient comprennent l'écoute, la reconnaissance et la validation des préoccupations des patients et des partenaires de soins par le personnel. Ils ont aussi mentionné que le fait que le personnel les traite avec dignité et respect permet de créer un environnement accueillant pour que les patients et les partenaires de soins puissent exprimer ouvertement leurs expériences, leurs histoires et leurs préoccupations. Les patients et les partenaires de soins ont exprimé le besoin que les prestataires cherchent à connaître et à comprendre leur point de vue. Ils ont dit se sentir en sécurité lorsqu'ils avaient l'impression d'être un membre actif de l'équipe soignante

et qu'ils croyaient que les prestataires de soins « les défendaient ». D'autres patients ont également déclaré se sentir en sécurité et rassurés lorsqu'il y avait une bonne collaboration et un bon travail d'équipe entre les professionnels de la santé.

Je crois fermement à l'expression « Écoute ta mère parce qu'elle sait ce qu'elle dit ». Surtout si le patient ne peut pas s'exprimer par lui-même et qu'il a quelqu'un – vous savez, dans notre situation, où personne ne le connaît mieux que moi, qu'il est logique que les professionnels de la santé écoutent mes préoccupations. Oui, il y a eu un médecin ici dont j'ai beaucoup aimé le commentaire : « Vous êtes la plus grande spécialiste de [votre fils] au monde. Vous savez, j'ai peut-être de grandes connaissances en neurologie (c'était un neurologue), mais vous êtes la meilleure experte au monde pour [votre fils]. Alors, quoi que vous ayez à dire, je veux l'entendre. » [...] Ça m'a permis d'apprendre qu'il respectait vraiment tout ce que j'avais à dire, toutes les préoccupations que j'avais à exprimer, ou quoi que ce soit du genre. (Patient/Partenaire de soins 3)

[C'était] au petit matin, et je n'arrivais pas à m'endormir. J'ai appelé l'infirmière pour lui demander si je pouvais avoir un somnifère et elle a refusé parce qu'il fallait le commander et que ça allait être un gros problème – au lieu de partir, elle s'est assise à côté de moi et m'a simplement parlé de la raison pour laquelle j'avais du mal à m'endormir. C'était à cause de l'anxiété liée à tout ce qui m'arrivait, et après son départ, j'ai réussi à m'endormir. Je n'oublierai jamais ça, parce qu'elle a passé peut-être 20 ou 25 minutes [avec moi], et c'était une approche thérapeutique tellement simple, une approche centrée sur le patient pour parvenir à aider un patient, et je ne l'oublierai jamais. (Groupe de discussion 3)

Les patients et les partenaires de soins ont parlé de la nécessité de défendre leurs intérêts lors de leurs consultations médicales, en particulier lorsqu'ils ne se sentent pas écoutés. La défense des droits comprend l'aide nécessaire pour se retrouver dans le système, s'exprimer et demander un deuxième avis.

[Un praticien m'a regardé et m'a dit :] « Vous permettez? Je dois vous demander de quitter la pièce », parce qu'il voulait poser des questions à mon fils. [Mon fils] était très faible et commençait à en avoir assez de passer d'un praticien à l'autre. C'était formidable que [mon fils] les regarde et dise : « Non. Ma mère est ma porte-parole, parce que je ne me souviens pas de tout en ce moment. » (Patient/Partenaire de soins 1)

Les patients et les partenaires de soins ont également fourni des exemples de soins où il n'y avait aucune sensibilité au déroulement des activités. Par exemple, les patients ont parfois eu l'impression d'être rejetés, ignorés ou de voir leurs préoccupations sous-estimées. D'autres ont dit avoir eu l'impression que le personnel était pressé ou ne voulait pas écouter ce qu'ils avaient à dire. Certains patients ont eu l'impression que le personnel leur manquait de respect, qu'ils n'étaient pas traités avec dignité, qu'on ne reconnaissait pas leurs propres connaissances sur leur état de santé ou qu'on ne les considérait pas comme un membre précieux de l'équipe soignante.

Je me souviens des gens qui se tenaient devant la porte au moment où ils nous parlaient. Ils restaient près de la porte, la main sur la poignée, comme s'ils avaient vraiment hâte de partir. Ça [m'] a donné l'impression qu'ils ne cherchaient pas vraiment à en savoir plus sur mon cas et qu'ils ne voulaient pas ou ne pouvaient pas prendre cinq minutes pour mieux comprendre la situation. [...] Vous voulez sentir que le médecin vous prête vraiment toute son attention, et non qu'il essaie de mettre fin à ce rendez-vous pour sortir et passer à la prochaine étape de son horaire. (Patient/Partenaire de soins 3)

Le manque de sensibilité au déroulement des activités se manifestait dans des environnements où les patients et les partenaires de soins ne sentaient pas qu'ils pouvaient s'exprimer ou se sentir en sécurité pour poser des questions. De la même façon, lorsqu'ils ont observé les faiblesses du travail d'équipe au sein du personnel, les patients ne se sont pas sentis en sécurité. Par exemple, un patient a décrit la hiérarchie de l'organisation ou les politiques perçues comme entravant la capacité du personnel à défendre les intérêts des patients.

Une autre chose à propos de la sécurité qui, je pense, est vraiment importante par rapport à ce que j'ai vécu, c'est l'impuissance du personnel. Ça m'a vraiment frappé de voir le peu d'autorité que les gens sentaient qu'ils avaient. [...] C'était une question de loyauté, alors ils ne voulaient pas contester la décision de quelqu'un d'autre, que ce soit celle des médecins ou des chefs d'équipe, ou simplement celle d'une autre personne à l'autre bout de l'unité. Même si une vie était en danger, et même s'ils étaient plutôt d'accord avec moi, ils ne voulaient pas remettre la décision en question. Une IAA [infirmière auxiliaire autorisée] m'a glissé un petit bout de papier qui contenait les électrolytes et les signes vitaux de ma mère pour la journée. Et elle m'a dit : « Je ne sais pas si je devrais faire ça, mais je veux juste vous donner ça. ». Alors, je me suis dit, eh bien, c'est une façon de fonctionner en secret, parce qu'elle était l'IAA, et qu'elle ne voulait pas empiéter sur l'autorité d'une IA, même si une vie était en jeu. C'est ainsi qu'elles travaillaient. (Patient/Partenaire de soins 2)

Le personnel joue un rôle déterminant dans la création d'environnements au sein desquels les patients et les partenaires de soins se sentent en sécurité. Pour cela, il doit s'engager, établir des partenariats, écouter, être prêt à réagir en temps voulu et encourager les patients à s'exprimer et à participer activement à leurs soins. La communication sur la sécurité entre le personnel et leurs patients est essentielle pour créer ce type d'environnement. Pourtant, le personnel se montre souvent mal à l'aise lorsqu'il aborde le sujet de la sécurité avec ses patients.

Les patients et leur famille sont invités aux caucus. Ils ne sont pas souvent présents, mais ils sont toujours invités. [...] J'ai passé un peu de temps avec les familles, et je leur ai demandé : « Qu'avez-vous vu ou entendu au cours des dernières 24 heures qui vous a fait vous sentir en sécurité ou non? ». Je pose cette question aux patients et à leur famille, et j'encourage aussi les membres de mon personnel à la poser quand ils sont dans la chambre du patient. (Prestataire de soins de santé 5)

La collaboration étroite entre les patients et les partenaires de soins en vue de concevoir conjointement la sécurité exige un réel partenariat paritaire. Les patients et les partenaires de soins fournissent des points de vue et des observations clés dont les prestataires de soins de santé ignorent même l'existence.

Maintenant, voici le cas d'un patient alité qui risque de tomber. Nous ne donnons pas les mêmes moyens à ce patient, et je pense que c'est ce que nous avons appris du [CMSS]. Maintenant, c'est ainsi que nous changeons cette prise en charge – au lieu de regarder tous les trois mois le nombre de chutes [dans l'unité] : « Oh! nous avons eu 180 chutes, quand la ridelle de lit était en place. ». Au lieu de voir les choses de cette façon, pourquoi ne pas regarder le moment présent, donner au patient le pouvoir de participer activement. [...] C'est ce que nous commençons à faire et nous voyons des résultats positifs, [...] c'est ça, le changement de mentalité. (Prestataire de soins de santé 2)

Par ailleurs, il est essentiel pour assurer la sécurité de créer une culture où les membres du personnel se sentent en confiance pour s'exprimer et défendre les intérêts de leurs patients.

[...] Je pense que, dans le secteur des soins de santé, il y a une suprématie des professions et que le médecin n'a pas toujours raison, ce qui peut sembler un commentaire négatif à exprimer. Je pense qu'il faut créer la bonne infrastructure pour favoriser les conversations qui doivent avoir lieu et commencer à faire tomber certaines de ces frontières traditionnelles, fondées sur les fonctions, où les gens ne se sentent pas à l'aise à cause de la hiérarchie professionnelle, ou à cause d'une situation où ils ne se sentent pas autorisés à dire quelque chose ou à s'exprimer. (Prestataire de soins de santé 6)

Que pouvons-nous tirer de l'analyse documentaire pour améliorer notre approche de la sensibilisation au déroulement des activités?

La sensibilité au déroulement des activités comporte deux composantes essentielles : recueillir des renseignements sur la sécurité et agir en conséquence en temps opportun. Pour réussir dans ce domaine, les personnes et les équipes doivent rester conscientes et être constamment à l'affût des problèmes. Le personnel et les établissements de santé utilisent diverses approches formelles et informelles pour obtenir des données sur la sécurité (Vincent et coll., 2013b). Les méthodes suggérées pour recueillir des renseignements sur la sécurité auprès des patients et des partenaires de soins sont notamment les conversations constructives sur la sécurité, telles que les demandes de renseignements sur leurs expériences et leurs sentiments (Bishop et Cregan, 2015; Entwistle et coll., 2010; Ottosen et coll., 2019; Franco et coll., 2020). Dans le cadre de ce processus, le personnel doit créer un environnement où les patients et les partenaires de soins sont encouragés à observer, à écouter, à percevoir et à communiquer les risques et leurs craintes au personnel (Bishop et Cregan, 2015; Entwistle et coll., 2010; Ottosen et coll., 2019).

De même, les dirigeants du secteur de la santé doivent créer des environnements similaires où les membres du personnel se sentent en sécurité pour défendre leurs patients, s'exprimer lorsqu'ils détectent des problèmes de sécurité et se sentir autorisés à intervenir. Les équipes, les gestionnaires et les dirigeants doivent être en mesure de parler honnêtement de toutes les influences qui minent leur capacité à fournir des soins sécuritaires et sans préjudice dès aujourd'hui (UK Improvement Alliance, 2017).

Les modèles traditionnels de prestation de soins de santé constituent un obstacle à l'action et à l'intervention rapides, puisque le temps de réaction est retardé par une prise de décision qui n'est réservée qu'aux réunions mensuelles ou trimestrielles de comités. Les organismes de santé doivent mettre en place des structures et des processus pour garantir que les renseignements utiles sur la sécurité soient recueillis et exploités en temps opportun (Vincent et coll., 2013b).

Les structures et les processus qui favorisent la sensibilité au déroulement des activités dans le secteur des soins de santé sont notamment :

- Les rondes de sécurité – une source importante de renseignements sur la sécurité, où les cadres supérieurs discutent des problèmes de sécurité avec le personnel.
- Le recours à des coordonnateurs désignés de la sécurité des patients – des cliniciens et d'autres personnes ayant pour fonction précise de rechercher activement, de relever et de résoudre les enjeux relatifs à la sécurité des patients dans leurs unités cliniques.
- Les réunions, les transferts, les rondes et les caucus de sécurité sont autant d'occasions de diffuser des renseignements sur la sécurité des patients au sein des équipes de personnel et entre elles, ainsi qu'entre le personnel et les patients ou les partenaires de soins.
- Les conversations au jour le jour – un dialogue informel entre les équipes de soins de santé et les gestionnaires, destiné à repérer les attitudes et les comportements susceptibles de dénoter une mauvaise culture de la sécurité au sein de l'équipe.

- Les entretiens avec les patients afin de détecter les menaces à la sécurité – en mettant en évidence les difficultés pratiques et les préjudices subis par les patients qui pourraient ne pas être perçus spontanément par le personnel.

(Vincent et coll., 2013a)

Comme nous l'avons vu précédemment, la matrice de maturité (Carthey et Downham, 2017) est un outil puissant qui peut être utilisé pour évaluer le degré de maturité de votre organisme en matière de sensibilité au déroulement des activités.

Qu'ont dit les patients, les partenaires de soins et les prestataires de soins de santé lors des entrevues et du café du savoir sur la méthode à suivre pour améliorer notre approche de la sensibilité au déroulement des activités?

Les patients, les partenaires de soins et les prestataires de soins de santé ont proposé les actions et les stratégies suivantes pour encourager le renforcement du partenariat prestataire-patient en matière de sensibilité au déroulement des activités :

- Créer des structures et des processus afin d'aider les patients et les partenaires de soins à observer, à écouter, à percevoir et à parler de la sécurité et de leurs préoccupations avec le personnel.
- Optimiser les communications entre les patients et les prestataires.
- Créer des environnements au sein desquels le personnel se sent en sécurité pour s'exprimer et se sent habilité à intervenir.
- Promouvoir et communiquer la valeur du partenariat entre les patients et les prestataires pour assurer la sécurité des patients.
- Désigner un défenseur des droits des patients et un intervenant clé du milieu clinique.

L'annexe E contient des exemples pour chaque action énumérée ci-dessus.

4.4 Anticipation et état de préparation – « Les soins seront-ils sécuritaires à l’avenir? »

Les renseignements recueillis sur la sensibilité au déroulement des activités peuvent souvent contribuer à renforcer l’anticipation et l’état de préparation. Parmi les cinq domaines, le chevauchement et l’interconnexion entre ces deux domaines peuvent sembler plus apparents, cependant ils diffèrent dans la manière et le moment où les renseignements sont utilisés.

Que pensent les auteures du CMSS de l’anticipation et de l’état de préparation?

L’anticipation est la capacité d’anticiper les problèmes, et l’état de préparation est la capacité d’être prêt à faire face aux problèmes. Cela suppose de prévoir et d’envisager les problèmes et les risques possibles afin de permettre aux personnes concernées d’élaborer des plans et de se préparer. La capacité d’anticiper et de réagir est une partie essentielle de la prestation de soins cliniques sécuritaires. Dans le travail clinique, le traitement d’affections complexes et fluctuantes nécessite d’anticiper et d’être prêt à adapter le traitement en fonction de l’évolution de l’état du patient. Cette compétence est enseignée et généralement bien développée chez le personnel clinique. Les cliniciens compétents en matière d’anticipation et d’état de préparation ne se contentent pas de fuir les situations préjudiciables, mais s’efforcent avant tout de les éviter (Vincent et coll., 2013b; UK Improvement Alliance, 2017).

Prendre en considération la sécurité d’un organisme exige une vision globale, toutefois l’anticipation et l’état de préparation sont moins développés à l’échelle organisationnelle. Les cliniciens et les gestionnaires doivent utiliser l’information pour anticiper le fonctionnement sécuritaire de l’organisme dans lequel ils travaillent, en évaluant les dangers et en prenant des mesures pour réduire les risques au fil du temps. La sécurité, dans cette perspective plus large, exige une anticipation, un état de préparation et une capacité d’intervenir pour réduire les risques à l’échelle de l’unité, du service ou du système (Vincent et coll., 2013b).

Il ne manque pas de données relatives à la sécurité qui puissent être utilisées pour prévoir si les soins seront sécuritaires à l’avenir. Cependant, la mesure selon laquelle ces données sont utilisées varie d’un organisme de santé à l’autre et d’un établissement de soins à l’autre. Les organismes de soins de santé consacrent beaucoup de temps à la déclaration, à l’examen et à l’analyse des incidents passés, mais pas suffisamment à la prévision des risques (Vincent et coll., 2013b). Dans de nombreux cas, les méthodes communément utilisées pour anticiper les préjudices sont devenues des listes de points à cocher, ce qui réduit l’efficacité de l’anticipation. Elles ont en général un champ d’action restreint, ne bénéficient que d’une contribution limitée du personnel, des patients et des partenaires de soins et donnent souvent lieu à des mesures qui ne sont pas mises en œuvre (UK Improvement Alliance, 2017).

Qu’est-ce que l’analyse documentaire a révélé sur le point de vue des patients et des partenaires de soins au sujet de l’anticipation et de l’état de préparation?

L’état de préparation des patients a été défini comme un processus continu de recherche de connaissances, de prise de conscience, d’adaptation et d’anticipation des événements à venir (Bergman, 2020). Dans l’analyse documentaire, le fait de se sentir informé, préparé et considéré comme un partenaire actif assumant une part de responsabilité a contribué à aider les patients et les partenaires de soins à se sentir en sécurité. Les patients ont affirmé que le fait de disposer de renseignements et que ceux-ci soient inclus dans les explications les a apaisés et a réduit leur stress et leur anxiété. En outre, la volonté du personnel de partager des renseignements avec les patients a contribué à renforcer leur confiance en eux (Bergman, 2020).

L’anticipation et l’état de préparation peuvent se développer davantage chez les patients qui suivent un traitement régulier. En se familiarisant avec leur régime de soins de santé, ils peuvent contribuer à la sécurité grâce à leur capacité à surveiller, à détecter et à signaler les problèmes (Entwistle et coll., 2010).

Le fait d'anticiper ou de recevoir une réponse positive facilite la « prise de parole » (Entwistle et coll., 2010). Cependant, le fait d'être un patient peut engendrer un sentiment de déresponsabilisation ou de subordination, lorsque la rétroaction du patient n'est pas considérée comme une donnée crédible ou appropriée (The Health Foundation, 2013a). Les patients peuvent hésiter à s'exprimer s'ils anticipent une réaction négative du personnel. Ils craignent souvent que le personnel les catégorise comme des patients difficiles et soit moins disposé à s'occuper d'eux à l'avenir (Entwistle et coll., 2010). Il est essentiel que le personnel traite les commentaires des patients comme des mines d'information, et qu'ils comprennent que fait d'ignorer le patient revient à ignorer le baromètre de sécurité le plus important. Les problèmes soulevés par les patients peuvent constituer l'avertissement précoce d'un risque (The Health Foundation, 2013a).

Bergman et coll. (2020) soulignent que la perception de la sécurité par les patients diffère souvent de celle du personnel. Le personnel peut décrire une procédure ou un processus comme peu sécuritaire et exigeant, alors que les patients considèrent ce même processus comme étant sécuritaire. Cela démontre que la confiance des patients dans le personnel et le système de santé peut leur donner un faux sentiment de sécurité (Bishop et Cregan, 2015; Bergman, 2020). Dès qu'un incident lié à la sécurité des patients se produit, de nombreux patients et partenaires de soins deviennent plus conscients des problèmes potentiels de sécurité des patients et se rendent compte qu'ils doivent redoubler de vigilance lorsqu'ils reçoivent des soins (Bishop et Cregan, 2015). Cependant, les patients et les partenaires de soins doivent être vigilants et être en mesure de contribuer à la sécurité tout au long du processus de soins, et non uniquement à la suite d'un incident lié à la sécurité des patients. L'état de préparation des patients est une composante essentielle de la sécurité des soins de santé.

Au cours des entrevues, quels ont été les commentaires des patients, des partenaires de soins et des prestataires au sujet de l'anticipation et de l'état de préparation?

Dans les entrevues et les groupes de discussion, les participants ont souligné qu'il était important d'être informé, d'être préparé et d'être un partenaire actif qui partage la responsabilité et le pouvoir. Lorsque le personnel explique les processus aux patients, il les prépare à ce qui les attend, les « ancre » dans le moment présent et contribue à réduire leur stress.

Les patients et les partenaires de soins ont reconnu la nécessité d'être proactivement alertes et informés sur la sécurité. Nombre d'entre eux ne se rendaient pas compte que les soins pouvaient être dangereux avant d'avoir subi un préjudice et sont donc devenus plus vigilants pour anticiper les risques futurs et les menaces pour la sécurité. Il s'agissait notamment de surveiller, de reconnaître et d'admettre les signes de danger ou de détérioration. Les patients et les partenaires de soins qui ont subi des préjudices dans le passé ont également parlé de la nécessité de faire des recherches pour se préparer à de futures rencontres avec des professionnels de la santé et pour surmonter toute hésitation à poser des questions.

Vous devez être vigilant et bien informé sur la sécurité avant d'en avoir besoin. N'est-ce pas? Il s'agit [...] d'anticiper et de se préparer [...], nous allons accepter et nous concentrer sur la sécurité parce qu'elle est importante pour tout le monde et qu'elle doit être importante avant que vous en ayez réellement besoin. (Patient/Partenaire de soins 12)

Si je n'avais pas subi ces préjugés, j'aurais probablement abordé les systèmes de soins de santé avec le même degré de confiance qu'avant. Mais ce n'est pas le cas. Donc, pour ce qui est de mon entrée dans le système de soins de santé, je suppose que je suis [...] avec un degré de... je ne dirais pas cynisme, mais avec un sens critique plus élevé que la moyenne des gens. Donc [...] si j'y vais, j'ai fait mes devoirs et je suis prêt à avoir ce genre de conversations avec le prestataire. (Patient/Partenaire de soins 2)

Qu'ils subissent ou non un préjugé, les patients anticipent et se préparent à prendre leurs propres décisions en matière de soins de santé. Il est essentiel que les prestataires de soins de santé reconnaissent les patients comme des experts de leurs propres soins.

En tant que patient pendant la COVID, vous devez décider des rendez-vous auxquels vous devez vous rendre en personne, de ceux qui peuvent être mis en attente, de ceux que vous pouvez prendre par téléphone, ainsi que des risques que vous courez en ne prenant pas ces rendez-vous. (Groupe de discussion 3)

Les patients qui ont vécu des expériences dans les systèmes de soins santé sont souvent capables de reconnaître les vulnérabilités du système. Les patients et leurs partenaires de soins deviennent habiles pour anticiper leurs besoins en matière de soins de santé et le moment où ils doivent faire valoir leurs droits pour que leurs besoins soient satisfaits. Les patients et les partenaires de soins ont reconnu l'intérêt d'avoir un défenseur à leurs côtés pour jouer un rôle actif en fournissant des renseignements et en étant leurs secondes paires d'yeux et d'oreilles.

Je me suis dit qu'il y a beaucoup de gens qui entrent dans le système de soins de santé et qui sont seuls. [...] Je pense que c'est vraiment important [...], ça devrait faire partie des questions qu'on pose lorsqu'une personne entre dans le système de soins de santé : « avez-vous un défenseur? » [...] Ça peut être un mari, une fille, un fils ou quelqu'un qui va jouer un rôle actif en fournissant des renseignements, en étant ces deuxièmes paires d'oreilles et d'yeux parce que [...] ils ne retiennent pas beaucoup de renseignements essentiels et on s'attend ensuite à ce qu'ils rentrent chez eux et appliquent les renseignements qu'ils n'ont pas vraiment compris au départ. (Groupe de discussion 1)

Les patients et les partenaires de soins ont pu donner des exemples de prestataires de soins de santé qui anticipaient leurs besoins futurs en termes de soins de santé et aidaient les patients à se préparer.

Ma femme et moi étions sur le point de partir en voyage en Europe et il fallait encore laver ma jambe tous les deux jours, refaire mes pansements et tout ça [...], ils ont appris à ma femme comment faire, et nous sommes donc partis en voyage. Nous avons voyagé avec une valise remplie d'eau stérile, de seringues, de pansements et tout le reste. (Patient/Partenaire de soins 13)

Le coroner [...] a organisé une autopsie, a rédigé le rapport et a fait des recommandations pour [...] des examens internes [et] m'a parlé de la nécessité d'écrire une lettre, de faire un suivi, et m'a donné quelques conseils. Il était vraiment humain et c'était probablement le seul humain dans tout ce processus que vous connaissez. (Patient/Partenaire de soins 11)

Par ailleurs, les patients et les partenaires de soins ont pu aussi donner des exemples de prestataires de soins de santé qui n'avaient pas anticipé leurs besoins en matière de soins de santé et qui ne les avaient pas correctement préparés à ce qui les attendait. Ils ont notamment parlé de prestataires de soins de santé qui ne tenaient pas compte des droits et libertés des patients d'assumer une part de risque.

La liberté est importante pour moi. Ma mère aurait préféré tomber plutôt que d'être confinée dans ce fauteuil roulant. Je le sais parce que je la connais. Et alors, c'est une question de choix entre le risque et la récompense. Mais je devrais avoir le choix. Vous savez, les gens n'ont pas tous le même goût du risque. Et qui doit décider? Prenons-nous des décisions en matière de sécurité en nous basant, comme je dis, sur les chiffres, sur les choses faciles à mesurer? Le nombre de chutes, par exemple. Ou prenons-nous des décisions en matière de sécurité en fonction du sentiment de bien-être? (Patient/Patient partenaire 9)

Dans les entrevues, les prestataires de soins de santé ont décrit des événements liés à l'anticipation et à l'état de préparation qui se situaient soit sur le plan clinique ou du patient, soit à l'échelle de l'organisme ou du système. Les discussions ont révélé que les prestataires ont mieux réussi à appliquer ce domaine sur le plan clinique qu'à l'échelle du système. Les prestataires de soins de santé ont parlé de la valeur du partenariat avec les patients pour créer ensemble des soins sécuritaires en misant sur la collaboration, l'ouverture d'esprit, la transparence et le partage de l'information. Les prestataires ont reconnu que les patients souhaitaient faire partie du processus de planification et ont vu qu'ils pouvaient utiliser l'information pour les aider à prendre des décisions éclairées. De plus, les prestataires ont anticipé les besoins des patients et les risques de préjudice, et ont mis en œuvre des stratégies pour les atténuer.

Parfois, le personnel a peur de dire : « Vous souffrez d'une maladie rénale, vos reins vont se détériorer, et vous aurez éventuellement besoin d'une dialyse ». Mais ce que les patients ont dit, c'est : « Donnez-nous les renseignements dès le départ pour que nous puissions prendre une décision en toute connaissance de cause. ». Donc, pour moi, c'est un peu une lacune que nous avons dû combler, et nous avons effectivement repensé notre modèle de formation dernièrement pour mieux répondre à ce besoin. (Prestataire de soins de santé 6)

Le témoignage suivant d'un prestataire de soins de santé est un exemple d'anticipation et d'état de préparation qui renforce la valeur du partenariat avec les patients et les partenaires de soins pour créer des soins sécuritaires.

Nous avons un patient [...] qui avait une grave MPOC, provoquée par son travail dans les mines [...]. Il avait 58 ans et travaillait dans les mines [...] depuis l'âge de 16 ans. En fait, son médecin traitant [...] et son spécialiste avaient renoncé à le soigner. En gros, votre MPOC a progressé au point que vous ne vous rétablirez pas, alors vous allez devoir vivre les jours qui vous restent avec une mauvaise qualité de vie. Nous l'avons donc inscrit au programme et [...] l'équipe de première ligne a travaillé avec lui pour l'aider à gérer sa maladie chronique. Nous avons pu non seulement l'aider à atteindre un état stable, [mais nous l'avons aussi] aidé à faire des progrès grâce à une meilleure gestion de son état de santé. Puis, après un mois environ, sa qualité de vie a commencé à s'améliorer et il a commencé [...] à penser à la sécurité. Alors, quand sa qualité de vie a commencé à s'améliorer, il était [le] gars qui allait dans les bois, pêcher et chasser, il faisait ce qu'il avait l'habitude de faire au chalet, quoi [...], en travaillant avec notre équipe clinique, il a commencé à préparer sa trousse de secours, qu'il plaçait de façon stratégique selon l'endroit où il se trouvait. Alors, si son état s'aggravait, il se préparait en ayant des pompes placées à différents endroits et différentes méthodes pour se remettre d'une poussée aiguë. Et il l'a fait avec beaucoup de précision, il a placé ces troussees un peu partout et, en travaillant avec son clinicien, [...] nous avons pu améliorer son état et sa qualité de vie [...]. En travaillant avec l'équipe et en comprenant comment les soins étaient dispensés, il a pu élaborer un plan de secours ou un plan de sécurité par lui-même. Grâce à ce travail d'équipe, il s'est placé au centre de l'action en tant que participant actif. Il a pu comprendre quand il pouvait être dans une situation dangereuse et ce qu'il devait faire pour se protéger. (Prestataire de soins de santé 2)

Les prestataires de soins de santé ont parlé des défaillances du système découlant du manque d'anticipation et de préparation. Ils ont également donné des exemples où ils étaient capables de prévoir les besoins des patients et d'anticiper le risque de préjudice, mais où la complexité du système les empêchait de se préparer et de réagir en temps utile.

S'il manque du personnel [...], je pense que c'est un environnement de travail instable et que ça crée un état d'esprit très différent si vous allez travailler et que vous savez déjà que vous allez être en mauvaise posture, ou que vous ne serez pas en mesure de faire le travail de la manière dont vous aimeriez le faire. (Prestataire de soins de santé 6)

Alors vous devez peut-être parler à votre personnel de première ligne et voir ce qui se passe, et peut-être anticiper et envisager ce qui pourrait se passer plutôt que de penser à ce qui s'est passé auparavant. [...] Je pense que ça m'a vraiment aidé à faire comprendre aux autres pourquoi la sécurité est importante et qu'il ne faut pas se contenter de se préoccuper des incidents passés. (Prestataire de soins de santé 4)

Que pouvons-nous tirer de l'analyse documentaire pour améliorer notre approche de l'anticipation et de l'état de préparation?

Certaines des personnes ayant participé à l'expérimentation du Cadre ont affirmé que l'anticipation et l'état de préparation sont les éléments les plus difficiles à comprendre et à mettre en œuvre (UK Improvement Alliance, 2017). « Le développement des capacités dans ce domaine devrait être un cycle constant de développement, guidé par la réflexion et par l'élaboration de systèmes qui le favorisent. Le développement de capacités plus anticipatives en matière de sécurité devrait être un objectif stratégique pour les services, les organismes et les systèmes; un objectif qui s'appuie sur une compréhension nouvellement élargie de la sécurité au sein de l'organisme » (UK Improvement Alliance, 2017, p. 29).

Il n'y a pas de type d'information particulier qui soit adapté ou non à la réflexion sur les dangers futurs et les problèmes potentiels. L'anticipation et l'état de préparation exigent que l'on encourage la remise en question, même lorsque tout va bien, et que l'on crée des occasions pour le personnel, individuellement ou en équipe, de réfléchir aux problèmes et aux dangers potentiels, et de faire part de leurs préoccupations (Vincent et coll., 2013b, Vincent et coll., 2014).

La participation des patients et de leur famille en tant que membres de l'équipe soignante est essentielle pour obtenir de bons résultats. Il est clairement établi que les membres de la famille du patient représentent une partie essentielle de l'équipe soignante et sont souvent les mieux placés pour reconnaître des changements parfois subtils, mais très importants, qui peuvent indiquer une détérioration dans l'état de leur proche. Même s'ils ne savent pas exactement ce qui ne va pas, ils savent que quelque chose ne va pas (ICSP, 2017). La nécessité de solliciter l'avis du patient en temps utile est essentielle en tant que mécanisme d'alerte pour les professionnels de la santé sur les signes de détérioration de l'état et de la qualité des soins (Vincent et coll., 2014).

En remplissant la matrice de maturité (Carthey et Downham, 2017) avec votre personnel, vous pourrez repérer les possibilités de renforcement de l'anticipation et de l'état de préparation.

Qu'ont dit les patients, les partenaires de soins et les prestataires de soins de santé lors des entrevues et du café du savoir sur la méthode à suivre pour améliorer notre approche de l'anticipation et de l'état de préparation?

Les patients, les partenaires de soins et les prestataires de soins de santé ont proposé les actions et les stratégies suivantes pour encourager le renforcement du partenariat prestataire-patient en matière d'anticipation et d'état de préparation :

- Créer des structures et des processus afin d'aider les organismes, le personnel, les patients et les partenaires de soins à anticiper, à élaborer des plans et à se préparer.
- Optimiser la communication entre les patients, les partenaires de soins et les prestataires afin de favoriser l'anticipation, la planification, la préparation et la communication des préoccupations et des risques constatés.
- Tirer parti des compétences d'un défenseur des droits des patients et d'un intervenant clé du milieu clinique pour favoriser la réflexion, la planification et la préparation.
- Accroître la sensibilisation des patients en leur communiquant les risques de préjudice liés aux soins de santé.

[L'annexe F](#) contient des exemples pour chaque action énumérée ci-dessus.

4.5 Intégration et apprentissage

Que pensent les auteures du CMSS de l'intégration et de l'apprentissage?

La dimension de l'intégration et de l'apprentissage du CMSS pose la question suivante : « Réagissons-nous et faisons-nous des améliorations? ». Cette dimension peut être considérée comme le point d'ancrage de la sécurité (UK Improvement Alliance, 2017), qui relie les données recueillies dans les quatre autres dimensions afin de créer des leçons intégrées pour améliorer la sécurité. Les trois éléments essentiels de l'intégration et de l'apprentissage consistent à recueillir et à intégrer les données liées à la sécurité, à en tirer des enseignements et à y réagir.

Les questions clés liées à cette dimension sont les suivantes :

- Comment intègre-t-on les renseignements sur la sécurité des patients recueillis par les organismes de soins de santé?
- Comment les analysons-nous et en tirons-nous des enseignements pertinents?
- Comment les renseignements sur la sécurité des patients peuvent-ils être utilisés pour favoriser une intervention en temps opportun et la mise en œuvre d'améliorations durables? (Vincent et coll., 2013b)

Les données obtenues sur l'amélioration de la sécurité doivent être recueillies et analysées de façon pertinente afin d'en tirer des leçons qui permettront d'apporter des améliorations, et ce, à tous les paliers du système de soins de santé. En outre, les organismes devraient envisager de partager les renseignements sur la sécurité avec les patients, les partenaires de soins et le public pour leur permettre de les consulter et de les évaluer (Vincent et coll., 2013b).

Qu'est-ce que l'analyse documentaire a révélé sur le point de vue des patients et des partenaires de soins au sujet de l'intégration et de l'apprentissage?

L'intégration et l'apprentissage constituent des éléments essentiels de la sécurité pour les patients et leurs partenaires de soins, et les prestataires de soins de santé ont la responsabilité de les soutenir dans cette démarche. Les initiatives visant à améliorer la sécurité des patients se sont principalement concentrées sur la déclaration des problèmes de sécurité par le personnel et sur les leçons à en tirer (Entwistle, 2020). Cependant, les enseignements tirés des incidents liés à la sécurité des patients et des efforts déployés pour améliorer la fiabilité, la connaissance de la situation, l'anticipation et l'état de préparation sont essentiels pour les patients et leurs partenaires de soins. Bishop et Cregan (2015) ont souligné dans leur publication que si les prestataires de soins de santé n'ont pas de conversation sur ce qui s'est passé à la suite d'un incident lié à la sécurité des patients, les membres des familles vont se sentir frustrés et vont avoir besoin de plus de réponses et de suivi.

Les personnes qui s'efforcent d'améliorer la sécurité des patients tentent d'intégrer les patients depuis le début des années 1990, l'approche la plus répandue étant axée sur l'encouragement des patients à s'exprimer. La prise de parole des patients peut être bénéfique pour la sécurité, mais seulement si le personnel intègre, apprend et agit en fonction des renseignements que les patients lui donnent (Entwistle, 2010). Par ailleurs, la recherche d'Entwistle (2010) souligne que la volonté des patients de s'exprimer était influencée par la façon dont ils anticipaient la réaction du personnel. Certains patients ont déclaré s'être exprimés et avoir été écoutés par le personnel, qui a réagi rapidement pour résoudre le problème. Malheureusement, d'autres patients ont déclaré que leurs tentatives d'exprimer leurs préoccupations n'ont pas été entendues, ce qui les a fait reculer, accepter des soins de qualité inférieure et laisser leurs préoccupations et leurs problèmes non résolus ou exacerbés.

L'intégration et l'apprentissage sont essentiels pour que les patients et leurs partenaires de soins puissent gérer leur situation. Les prestataires de soins de santé doivent informer les patients des plans de traitement actuels et futurs, et les patients doivent recevoir la bonne quantité de renseignements au bon niveau d'apprentissage et au bon moment. Observer d'autres personnes qui subissent un traitement similaire donne aux patients et aux partenaires de soins l'occasion de s'intégrer et d'apprendre. Observer les autres fournit un point de référence aux patients et à leurs partenaires de soins pour les aider à orienter leur comportement, leurs actions et leurs décisions. Cette observation leur permet de développer une compréhension des soins et du traitement, et facilite la normalisation de leur expérience (Appleton, 2018).

Au cours des entrevues, quels ont été les commentaires des patients, des partenaires de soins et des prestataires au sujet de l'intégration et de l'apprentissage?

Le désir d'intégration et d'apprentissage était manifeste lors des entrevues et des groupes de discussion. De nombreux patients et partenaires de soins ont souligné qu'il fallait que les prestataires reconnaissent leurs erreurs, qu'ils fassent preuve de transparence face aux causes de ces dernières et qu'ils prennent (ou prendront) des mesures pour éviter que des événements similaires ne portent préjudice aux patients à l'avenir. Bien que les patients et les partenaires de soins souhaitent ardemment qu'il y ait plus de transparence, que les préjudices soient déclarés et que l'on en tire des enseignements, nos entrevues avec les patients nous ont appris que ce n'était pas toujours le cas.

J'insisterais sur la justice réparatrice, car sans elle, nous, les gens comme nous, devons nous battre toute notre vie et nos proches meurent chaque jour, encore et encore. Chaque fois que nous devons dire : « Mais écoutez-moi, c'est ce qui s'est passé. Mais écoutez-moi, ça n'a pas de sens. » [...] le fait que quelqu'un soit mort, vous ne pouvez pas croire qu'ils restent muets [...] Parfois, la façon dont j'ai été traité tout au long de ce processus, ça me donne l'impression d'être au milieu d'un conflit d'entreprise [...] Quelqu'un doit assumer la responsabilité des préjudices médicaux. Il le faut. Sinon, le préjudice continuera à vous ronger et vous ne pourrez pas faire votre deuil, vous ne pourrez pas guérir, vous ne pourrez pas faire confiance, vous ne vous sentirez pas écouté [...]. Et peu importe que vous gagniez ou que vous perdiez, vous perdrez toujours parce que l'être cher est décédé, et que personne n'a pris ses responsabilités. (Patient/Partenaire de soins 11)

[...] tout le monde peut prendre le temps de dire : « Comment s'est passée votre journée, y a-t-il quelque chose d'autre que nous pourrions faire? », et ensuite prendre cette demande en considération et s'assurer que, si quelque chose peut être fait, vous revenez [en arrière] et vous avez une conversation avec le patient et sa famille. (Prestataire de soins de santé 6)

Les prestataires de soins de santé nous ont également dit qu'ils estimaient que, parmi toutes les dimensions du CMSS, l'intégration et l'apprentissage étaient celles qui demandaient le plus d'améliorations.

Je pense que, si vous laissez de côté l'une de ces dimensions, vous ne bénéficierez pas de tous ses avantages ou de tous ses effets potentiels. Si vous ne tenez pas compte des préjugés passés, vous passez à côté de grands potentiels de progrès, si vous n'examinez pas la fiabilité de vos systèmes et processus [...] parce que vous avez besoin de cette façon cohérente et commune de penser à la sécurité des patients. Si vous ne parlez pas aux gens et n'essayez pas de comprendre leur environnement, vous ne comprendrez jamais vraiment, en tant que dirigeant, quels obstacles vous devez les aider à surmonter. Vous devez donner à votre équipe la capacité d'anticiper et de se préparer au risque de préjudice. Et puis, finalement, si vous faites tout ça parfaitement, [mais] que vous n'intégrez pas ou n'apprenez pas ou ne réagissez pas et n'apprenez pas, comment pouvez-vous espérer vous améliorer? (Prestataire de soins de santé 1)

À partir des entrevues et des groupes de discussion, nous avons pu trouver des exemples de méthodes employées par les patients et les partenaires de soins pour intégrer l'information et en tirer des leçons pour contribuer à la sécurité des soins. Ils y sont parvenus grâce à la collecte de données provenant de multiples sources, à l'apprentissage fondé sur différents points de vue, ainsi que par la compilation et l'utilisation des données dans le but de les transmettre au personnel. Les personnes interrogées ont recommandé que les patients ayant une capacité limitée à recueillir des renseignements bénéficient d'un partenaire de soins ou d'un défenseur de leurs droits pour les aider à recueillir et à intégrer des données et à apprendre et réagir en conséquence tout au long de leur parcours dans le système de soins de santé. Les défenseurs des droits des patients peuvent les aider à communiquer avec le personnel puisque, comme l'ont souligné les personnes interrogées, « prendre la parole » peut être intimidant et donner aux patients un sentiment de vulnérabilité.

Que pouvons-nous tirer de l'analyse documentaire pour améliorer notre approche de l'intégration et de l'apprentissage?

Les renseignements sur la sécurité peuvent provenir de multiples sources, ce qui peut compliquer la tâche d'intégration des sources et des types de données ou la pondération à leur accorder. Les sources traditionnelles de données sur la sécurité peuvent provenir de rapports d'incidents, de données administratives, de préoccupations signalées par les patients et de réclamations d'assurance. Pour renforcer l'intégration et l'apprentissage, il est important de prendre également en compte les renseignements provenant des vérifications cliniques, des analyses des données courantes, des observations du comportement et des conversations informelles avec les patients, les familles et le personnel de tout l'organisme (Vincent et coll., 2013b).

Dans le secteur des soins de santé, l'apprentissage tiré des incidents dépend des processus utilisés pour la production de rapports et l'examen de la gestion des incidents. Un système idéal de gestion des incidents devrait inclure la déclaration, l'analyse, l'apprentissage, la rétroaction et l'action. Cependant, de nombreux organismes de santé se concentrent principalement sur la collecte de données au détriment d'autres aspects du processus. Vincent et coll. (2013b) soulignent que l'amélioration du processus utilisé par un organisme pour analyser les incidents contribue à l'adoption d'une approche plus mature de l'intégration et de l'apprentissage.

Une rétroaction en temps opportun est un autre élément essentiel de l'intégration et de l'apprentissage, car elle permet de préserver la mobilisation du personnel, des patients et des partenaires de soins et de renforcer le sentiment que leurs préoccupations sont prises au sérieux (Vincent et coll., 2013b). Enfin, pour améliorer l'intégration et l'apprentissage, les organismes de soins de santé devraient recueillir et utiliser les données sur la sécurité, en tirer des enseignements et agir en conséquence au palier approprié, par exemple au sein des équipes cliniques, des unités, des services et des départements, ainsi qu'au palier de la direction et du conseil d'administration. (Vincent et coll., 2013b).

En remplissant la matrice de maturité (Carthey et Downham, 2017) avec votre personnel, vous pourrez repérer les possibilités de renforcement de l'intégration et de l'apprentissage.

Qu'ont dit les patients, les partenaires de soins et les prestataires de soins de santé lors des entrevues et du café du savoir sur la méthode à suivre pour améliorer notre approche de l'intégration et de l'apprentissage?

Les patients, les partenaires de soins et les prestataires de soins de santé ont proposé les actions et les stratégies suivantes pour encourager le renforcement du partenariat prestataire-patient en matière d'intégration et d'apprentissage :

- Soutenir les patients et les partenaires de soins dans la collecte de données, leur intégration, l'apprentissage à en tirer et la mise en œuvre de ces connaissances.
- Soutenir les patients et les partenaires de soins dans leur propre intégration et apprentissage en leur permettant d'accéder à l'information et de se l'approprier.

Des exemples pour chaque action énumérée ci-dessus sont fournis à [l'annexe G](#).

5.0 DISCUSSION

Au cours des 20 dernières années, la principale mesure de la sécurité des patients était « l'absence de préjudice ». Les mesures de la sécurité sont principalement fondées sur le nombre d'incidents liés à la sécurité des patients, et les stratégies de sécurité qui découlent de l'analyse de ces événements et de la détermination des moyens permettant de réduire les vulnérabilités du système et des personnes qui entraînent des préjudices. Cette approche de la sécurité est certes valable, mais elle demeure insuffisante.

Par définition, l'accent mis sur les préjudices passés est rétrospectif et vise à améliorer la sécurité et l'apprentissage après coup. En revanche, le CMSS permet d'adopter une vision plus large de la sécurité, qui intègre les préjudices passés, mais sensibilise également aux menaces actuelles et renforce les possibilités de vigilance et d'action collectives. Le CMSS a été conçu et utilisé principalement par des prestataires de soins et des dirigeants des services de santé. Notre étude montre que le CMSS peut également aider les patients et les partenaires de soins à trouver de nombreux exemples concrets de ce à quoi devraient ressembler des soins sécuritaires dans la pratique quotidienne, ainsi que les mesures et les approches qui pourraient accroître leur sécurité dans leurs expériences de soins quotidiennes.

Plusieurs domaines du CMSS peuvent être simultanément mis en œuvre et renforcés grâce à des approches précises de la prestation des soins, en travaillant avec les patients et les partenaires de soins en tant que membres de l'équipe soignante. Ce partenariat les soutient et leur permet de poser des questions, de partager leurs préoccupations et de collaborer à l'élaboration d'un plan de soins réalisable. Les soins collaboratifs et réactifs peuvent être facilités par la mobilisation de prestataires qui font constamment preuve de respect et qui considèrent les expériences de leurs patients et de leurs partenaires de soins comme des apports précieux à la conception de leurs soins. Les rondes au chevet des patients et les caucus avec les patients et les partenaires de soins ont été recommandés comme moyens de créer des environnements leur permettant d'interagir avec les prestataires. En l'absence de partenariats solides,

les patients et les partenaires de soins se contentent souvent de créer leurs propres outils et stratégies pour faire valoir leurs intérêts en matière de soins ou ne s'engagent pas du tout. Le rôle des patients et des partenaires de soins est essentiel à l'instauration de soins sécuritaires. Il faut offrir un espace ouvert aux patients et aux partenaires de soins pour qu'ils puissent signaler les problèmes et les anomalies, sans être blâmés d'en avoir parlé. Les patients et les partenaires de soins peuvent être soutenus pour mettre en œuvre eux-mêmes des pratiques sécuritaires, en particulier après une transition de l'hôpital, à condition que cela ne crée pas un transfert de charge sans soutien de l'équipe soignante.

L'importance de la culture et de la dynamique d'équipe a également été soulignée, notamment l'importance pour le personnel de se sentir à l'aise de s'exprimer et de mettre en lumière les problèmes ou les comportements de leurs collègues soignants ou dirigeants pouvant donner lieu à des situations non sécuritaires ou poser des risques. Ainsi, l'instauration d'une culture de la sécurité nécessite un contexte favorable. À cette fin, les dirigeants des organismes ont un rôle important à jouer pour donner le ton et créer la capacité du personnel à discuter, à débattre et à discuter ouvertement sur les leçons apprises dans le cadre de la pratique quotidienne.

6.0 LIMITES

Bien que nous ayons obtenu de précieux renseignements de la part de patients, de proches aidants, de prestataires de soins et de dirigeants de partout au Canada (y compris des hommes et des femmes de divers groupes d'âge), notre approche d'échantillonnage de commodité signifie que notre échantillon n'était pas diversifié en ce qui a trait aux caractéristiques d'équité (par ex. la race, le genre, l'orientation sexuelle, la langue parlée et le statut socioéconomique), ce qui limite la transférabilité de nos résultats. De plus, notre analyse documentaire s'est concentrée sur des études qualitatives qui ont permis d'élucider les points de vue et les expériences des patients et des partenaires de soins associés à leur sécurité au sein du système de soins de santé. Les données quantitatives n'ont donc pas été incluses et seules trois publications parallèles triées sur le volet et une analyse systémique ont été incluses, ce qui peut également constituer une limite.

7.0 CONCLUSION

Cette étude souligne l'urgente nécessité de continuer à revoir notre façon de concevoir et d'aborder la sécurité. Collectivement, la manière dont nous avons traité la sécurité des patients n'est pas suffisante. Nous devons faire de meilleurs progrès en matière de sécurité des patients.

Le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité consolide une grande partie de ce qui est important en matière de mobilisation des patients et d'amélioration de la sécurité. Le Cadre est très prometteur quant à l'apport positif qu'il peut avoir pour la sécurité future des soins de santé, en association avec les cadres, pratiques et ressources qui existent déjà en ce qui a trait à la sécurité des patients. Il s'agit d'un moyen de faire participer les patients et tous les membres de l'équipe soignante, au jour le jour, à un dialogue et à une action ciblés et significatifs en matière de sécurité. Il demande à toutes les personnes concernées de répondre aux questions suivantes dès maintenant : Les soins du patient ont-ils été sécuritaires dans le passé? Nos processus cliniques sont-ils fiables? Les soins sont-ils sécuritaires aujourd'hui et le seront-ils à l'avenir? Réagissons-nous et faisons-nous des améliorations en fonction de ce que nous apprenons?

Le Cadre représente un changement crucial dans la manière dont les patients s'engagent à rendre leurs soins plus sécuritaires et dont toutes les personnes concernées par ces soins envisagent cette quête partagée, la planifient et la mettent en œuvre. Il n'est pas facile d'engager des conversations avec les patients au sujet de la sécurité. En faisant en sorte que les patients et les partenaires de soins contribuent de manière significative à l'amélioration de la sécurité, nous pourrions mieux comprendre notre perception des préjudices et de ce que signifie se sentir et être en sécurité pour les patients, les partenaires de soins et les prestataires de soins de santé.

8.0 RÉFÉRENCES

1. Anderson, L. (2011). « Use the World Café concept to create an interactive learning environment », *J Education for primary care*, 2011, 22(5), p. 337-338. DOI : 10.1080/14739879.2011.11494028
2. Appleton, L., H. Poole et C. Wall (2018). « Being in safe hands: Patients' perceptions of how cancer services may support psychological well-being », *Journal of Clinical Nursing*, juillet; 74 (7) : 1531-1543. DOI : 10.1111/jan.13553. EPUB 25 mars 2018 PMID : 29473186.
3. Baker, G. R. et coll. (2004). « The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada », *CMAJ*; 170(11) : 1678-1686. DOI : 10.1503/cmaj.1040498
4. Bell, S. K. et W. Martinez (2018), « Every patient should be enabled to stop the line », *BMJ Qual Saf*, 0 : 1–5. DOI : 10.1136/bmjqs-2018-008714. Consulté le 23 novembre 2021 à l'adresse : <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/early/2018/11/21/bmjqs-2018-008714.full.pdf> [en anglais seulement]
5. Bergman, L. (2020). « Patient safety during intrahospital transports in intensive care: Hazards, experiences and future measurements », *Institute of Health and Care Sciences*, Académie Sahlgrenska, Université de Gothenburg.
6. Bergman, L. et coll. (2020). « In safe hands: Patients' experiences of intrahospital transport during intensive care », *Intensive and Critical Care Nursing*, volume 59, août 2020, 02852-102853. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102853> [en anglais seulement]
7. Bishop, A.C. et B. R. Cregan (2015). « Patient safety culture: finding meaning in patient experiences », *International Journal of Health Care Quality Assurance*; 28(6) : 595-610. DOI : 10.1108/IJHCQA-03-2014-0029. PMID : 26156433. [en anglais seulement]
8. Braithwaite, J., R. L. Wears, R. L. et E. Hollnagel (2015). « Resilient health care: turning patient safety on its head », *International Journal for Quality in Health Care*, 27(5) : 418-420. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv063> [en anglais seulement]
9. Burnett, S. et coll. (2011). « How safe are clinical systems? Primary research into the reliability of systems within seven NHS organisations », The Health Foundation. Consulté le 20 juillet 2021 à l'adresse : https://www.health.org.uk/sites/default/files/HowSafeAreClinicalSystems_fullversion.pdf [en anglais seulement]
10. Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), (2017). « Les patients et les familles en tant que partenaires pour déceler la détérioration de l'état de santé du patient. Quand les choses vont de mal en pis, tous et chacun ont un rôle à jouer pour assurer la sécurité des patients ». Consulté le 13 janvier 2022 à l'adresse : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/pages/patients-and-families-as-partners-in-the-deteriorating-patient-condition-2017-07-13.aspx>
11. ICSP (s. d.), Ressources TeamSTEPPS Canada. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/education/teamstepps/pages/teamstepps-canada-resources.aspx>
12. ICSP (2021), « Quel est le bien-fondé d'un cadre de mesure et de surveillance de la sécurité? ». Consulté le 15 juin 2021 à l'adresse : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/measure-patient-safety/pages/why-measurement-and-monitoring-of-safety-framework.aspx>
13. Carthey, J. et N. Downham (2017), « Safety Measurement and Monitoring Maturity Matrix (SaMMMMM) », adaptée en vue d'une utilisation au Canada par G. Ross Baker et Virginia Flintoft de l'IHPME, Université de Toronto (mai 2017).
14. Chassin, M.R. et J.M. Loeb (2013), « High-reliability health care: Getting there from here », *Milbank Quarterly*, 91(3) : 459-490. DOI : <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12023>
15. Chatburn E. et coll. (2018), « Measurement and monitoring of safety: impact and challenges of putting a conceptual framework into practice », *BMJ Quality & Safety*, 27(10), 818-826. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007175>
16. CHI KT Platform (2019), « Methods in Patient Engagement: The World Café ». Consulté le 6 septembre 2020 à l'adresse : <https://medium.com/knowledgenudge/methods-for-patient-engagement-the-world-caf%C3%A9-8f58b84577a>.
17. Chin, G.S.M. et coll. (2011), « Patients' perceptions of safety and quality of maternity clinical handover », *BMC Pregnancy and Childbirth*, 58-65. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-11-58>
18. Costa, D.G. et coll. (2020), « Satisfaction attributes related to safety and quality perceived in the experience of hospitalized patients », *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41 (esp.): e20190152

19. Dabaghi, S. et coll. (2020). « A Content Analysis of Patient Perception of Feeling Safe during Hospitalization », *Evidence Based Care*, 10(2), 37-47. DOI : 10.22038/ebcj.2020.47330.2284
20. Daniels, J. P. et coll. (2012). « Identification by families of pediatric adverse events and near misses overlooked by health care providers », *CMAJ*, 184(1), 29-34. <https://dx.doi.org/10.1503%2Fcmaj.110393>
21. De Brún, A. et coll. (2017). « PReSaFe: A model of barriers and facilitators to patients providing feedback on experiences of safety », *Health Expectations*, août; 20 (4) : 771-778. DOI : 10.1111/hex.12516. EPUB 16 nov 2016. PMID : 27860200; PMCID : PMC551299.
22. Ellegaard, T. et coll. (2020). « Feeling safe with patient-controlled admissions: A grounded theory study of the mental health patients' experiences », *Journal of Clinical Nursing*, juillet; 29 (13-14) : 2397-2409. DOI : 10.1111/jocn.15252. EPUB 12 mai 2020. PMID : 32220089.
23. Entwistle, V.A. et coll. (2010). « Speaking up about safety concerns: multi-setting qualitative study of patients' views and experiences », *Quality and Safety in Health Care*, déc; 19(6) : e33. DOI : 10.1136/qshc.2009.039743. PMID : 21127092.
24. Fairbanks, R. J. et coll. (2014). « Resilience and resilience engineering in health care », *Joint Commission journal on quality and patient safety/Joint Commission Resources*, 40(8) : 376-383. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(14\)40049-7](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(14)40049-7)
25. Franco, L. F. et coll. (2020). « Patient safety: perception of family members of hospitalized children », *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (5) : e20190525. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-052>
26. Garrett, S., J. et coll. (17 sept. 2017). « Measurement and monitoring of safety in Canada – Demonstration project ». Non publié.
27. Goldman J. et L. Rotteau (2020). « Recherche évaluative de la Collaboration sur le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité ». Consulté le 8 juin 2021 à l'adresse : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/webinars/Documents/2020-10/MMS%20Webinar%20Series%202020-09-23%20-%20Evaluation%20of%20MMSF.pdf#search=Joanne%20Goldman>
28. Hasegawa, T. et coll. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Kitazawa%20T%22%5BAuthor%5D> [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Matsumoto%20K%22%5BAuthor%5D\(2011\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Matsumoto%20K%22%5BAuthor%5D(2011)). « Patients' identification and reporting of unsafe events at six hospitals in Japan », *Joint Commission Journal Quality Patient Safety*, 37(11), 502-8. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(11\)37064-x](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(11)37064-x)
29. Hsieh, H.F. et S.E. Shannon (2005). « Three approaches to qualitative content analysis », *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
30. Iedema, R., S. et coll. (2012). « What do patients and relatives know about problems and failures in care? », *BMJ Qual Safety*, 21(3), 198-205. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000100>
31. King, A. et coll. (2010). « Time to listen: a review of methods to solicit patient reports of adverse events », *Qual Saf Health Care*, 19(2), 148–57. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030114>
32. Kovacs Burns, K. et coll. (2014). « 'Practical' resources to support patient and family engagement in healthcare decisions: a scoping review », *BMC Health Services Research*, 14(175). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-175>
33. Mazor, K. M. et coll. (2012), « Toward patient-centered cancer care: patient perceptions of problematic events, impact, and response », *Journal of Clinical Oncology*, 20 mai; 30 (15) : 1784-90. DOI : 10.1200/JCO.2011.38.1384. EPUB 16 avril 2012. PMID : 22508828; PMCID : PMC3383179.
34. New, L. et coll. (2019). « "I just have to take it" – patient safety in acute care: perspectives and experiences of patients with chronic kidney disease », *BMC Health Services Research*, 19, 199. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4014-4>
35. O'Hara, J. et R. Isden (2013), « Identifying risks and monitoring safety: the role of patients and citizens », *The Health Foundation*, octobre. Consulté le 22 juillet 2021 à l'adresse : <https://www.health.org.uk/publications/identifying-risks-and-monitoring-safety-the-role-of-patients-and-citizens> [en anglais seulement]
36. Ottosen, M. J. et coll. (2019). « An ethnography of parents' perceptions of patient safety in the neonatal intensive care unit », *Advances in Neonatal Care*, 19 (6) : 500-508. DOI : 10.1097/ANC.0000000000000657. PMID : 31567313.

37. Équipe d'action pour l'engagement des patients (2017). *Le Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité*, Institut canadien pour la sécurité des patients. Dernière mise à jour : décembre 2019. Consulté le 10 janvier 2022 à l'adresse : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/patient-engagement-in-patient-safety-guide/pages/default.aspx>
38. Salas, E. et M.A. Rosen (2013). « Building high reliability teams: progress and some reflections on teamwork training », *BMJ Quality & Safety*, 22(5) : 369-373. DOI : 10.1136/bmjqs-2013-002015. PMID : 23608882.
39. Schaepe, C. et M. Ewers (2017), « 'I need complete trust in nurses' – home mechanical ventilated patients' perceptions of safety », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31 : 948-956.
40. Sutcliffe, K. M., L. Paine et P.J. Pronovost (2017). Re-examining high reliability: actively organising for safety, *BMJ Quality & Safety*, 26(3) : 248-251. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004698>
41. The Health Foundation (2016). « A framework for measuring and monitoring safety: A practical guide to using a new framework for measuring and monitoring safety in the NHS ». Consulté le 8 juin 2021 à l'adresse : <https://www.health.org.uk/sites/default/files/AFrameworkForMeasuringAndMonitoringSafetyPracticalGuide.pdf> [en anglais seulement]
42. The Health Foundation (2013a). « Involving people in safety. A summary of learning from a Health Foundation roundtable ». Consulté le 28 juin 2020 à l'adresse : <https://health.org.uk/publications/involving-people-in-safety> [en anglais seulement]
43. The Health Foundation (2013b). « Measuring harm. A summary of learning from a Health Foundation roundtable ». Consulté le 28 juin 2020 à l'adresse : <https://health.org.uk/publications/measuring-harm> [en anglais seulement]
44. The UK Improvement Alliance. (2017). « Measurement and monitoring of safety framework e-guide better questions safer care ». Consulté le 8 juin 2021 à l'adresse : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Measure-Patient-Safety/Documents/MMSF-e-guide.pdf> [en anglais seulement]
45. Vincent, C. et R. Amalberti (2016). *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*, New York, NY. SpringerOpen.
46. Vincent, C., S. Burnett et J. Carthey (2014). « Safety measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety », *BMJ Qual Saf*, 23; 670-77. Consulté le 2 sept 2021 à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002757>
47. Vincent, C., S. Burnett et J. Carthey (2013a). *In Brief: The measurement and monitoring of safety*, The Health Foundation. Consulté le 8 juin 2020 à l'adresse : https://www.health.org.uk/sites/default/files/TheMeasurementAndMonitoringOfSafety_summary.pdf [en anglais seulement]
48. Vincent, C., S. Burnett et J. Carthey (2013b). *The measurement and monitoring of safety*, The Health Foundation. Consulté le 8 juin 2020 à l'adresse : <https://www.health.org.uk/publications/the-measurement-and-monitoring-of-safety> [en anglais seulement]
49. Vincent, C. et R. Davis (2012). « Patients and families as safety experts », *CMAJ*, 184(1), 15-16. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111311>
50. Vogus, T. J. et D. Lacobucci (2016), « Creating highly reliable health care: How reliability-enhancing work practices affect patient safety in hospitals », *ILR Review*, 69(4) : 911-938. DOI : 10.1177/0019793916642759
51. Weick, K.E. et K.M. Sutcliffe (2015), *Principle 3: Sensitivity to Operations*. Managing the unexpected, San Francisco, Jossey-Bass : 77-93.
52. Woods, D.D. et R.I. Cook (2001). *From Counting Failures to Anticipating Risks: Possible Futures for Patient Safety*. Lessons in patient safety: A primer, L. Zipperer et S. Cushman, Chicago, IL, National Patient Safety Foundation.

ANNEXE A : Membres du Comité consultatif pancanadien

Coprésidents

- G. Ross Baker, Université de Toronto
- Maaïke Asselbergs, Patients pour la sécurité des patients du Canada

Chercheuses

- Lianne Jeffs, Système de santé Sinai
- Kerry Kuluski, Centre de santé Trillium

Membres

- Auteures du Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité, Susan Burnett et Jane Carthey du Centre for Patient Safety and Service Quality (CPSSQ), Imperial College London
- Sarah Garrett, coanimatrice du Projet de démonstration de mesure et de surveillance de la sécurité et du Projet d'amélioration de la sécurité de l'ICSP
- Anne MacLaurin, Institut canadien pour la sécurité des patients⁵, maintenant Excellence en santé Canada
- Virginia Flintoft, Institut canadien pour la sécurité des patients
- Kathy Kovacs Burns, Patients pour la sécurité des patients du Canada
- Susan Brien, Santé Ontario
- Markus Lahtinen, Conseil de la qualité des soins de santé de l'Alberta
- Jenny Lacroix, Institut canadien d'information sur la santé
- Doreen MacNeil, Institut canadien d'information sur la santé
- Michelina Mancuso, Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (retraîtée)
- Lena Cuthbertson, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
- Rachel Martens, Imagine Citizen Network
- Wayne Miller, Institut canadien pour la sécurité des patients⁵, maintenant Excellence en santé Canada

⁵ En 2021, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) ont fusionné pour former le nouvel organisme Excellence en santé Canada (ESC).

ANNEXE B : Données démographiques des participants aux entrevues et aux groupes de discussion

Données démographiques sur les patients et les partenaires de soins ayant participé aux entrevues et aux groupes de discussion (n = 28)

(Remarque : Les données démographiques de la cohorte des prestataires de soins de santé et du café du savoir n'ont pas été recueillies)

Rôle	Patient	Partenaire de soins	À la fois patient et partenaire de soins
Genre	Femme : 9 Homme : 5	Femme : 6 Homme : 3	Femme : 5 Homme : 0
Âge	18 à 39 ans : 2 40 à 64 ans : 8 65 à 85 ans : 3 Aucune réponse : 1	18 à 39 ans : 1 40 à 64 ans : 6 65 à 85 ans : 2	18 à 39 ans : 1 40 à 64 ans : 2 65 à 85 ans : 2
Niveau d'éducation	< Secondaire : 2 Postsecondaire : 5 Métier/Certificat/Diplôme : 3 Diplôme universitaire : 3 Aucune réponse : 1	< Secondaire : 1 Postsecondaire : 5 Métier/Certificat/Diplôme : 1 Diplôme universitaire : 2	Postsecondaire : 1 Diplôme universitaire : 2
Durée du rôle actuel (années)	1 à 9 ans : 3 10 à 20 ans : 2 21 à 40 ans : 6 Depuis l'enfance : 1 Aucune réponse : 2	1 à 9 ans : 1 10 à 20 ans : 4 21 ans et plus : 3 Aucune réponse : 1	1 à 9 ans : 3 10 à 20 ans : 2 21 ans et plus : 0
Difficulté à joindre les deux bouts	Jamais : 7 Parfois : 5 Toujours : 2	Jamais : 6 Parfois : 1 Habituellement : 2	Jamais : 4 Parfois : 0 Toujours : 1

ANNEXE C : Actions visant à améliorer notre approche à l'égard des préjudices passés

Action : Offrir aux patients et aux partenaires de soins des possibilités et des environnements leur permettant de s'exprimer ou de signaler les préjudices subis

- Collaborer avec les patients à l'élaboration d'une méthode de discussion sur les préjudices. Voici quelques questions qui peuvent être utilisées lors des rapports au chevet des patients, des rondes de visites des dirigeants et des caucus de sécurité :
 - Y a-t-il quelque chose qui vous a alarmé ou inquiété au cours des dernières 24 heures?
 - Pouvez-vous me dire si vous avez subi un préjudice ou en avez été témoin au cours des dernières 24 heures?
 - Qu'est-ce qui vous aurait pu vous faire croire que vous n'étiez pas en sécurité au cours des dernières 24 heures (ou depuis notre dernière conversation)?
- Travailler avec le personnel pour l'aider à mieux comprendre les différents types de préjudices.
- Disposer d'un espace/bureau/ordinateur réservé aux patients où ils peuvent signaler un préjudice.
- Tenir un registre des préjudices signalés par les patients et leurs partenaires de soins.
- Fournir des systèmes de rapports d'incidents accessibles au public.

Action : Divulguer les préjudices, en tirer des leçons et assurer un suivi après les préjudices

- Divulguer les incidents liés à la sécurité des patients aux patients et aux partenaires de soins.
- Donner l'occasion aux patients et aux partenaires de soins de faire un débriefage ou de chercher à régler la situation et d'explorer les prochaines étapes à suivre.
- Faire participer les patients aux équipes d'analyse des événements liés à la sécurité ou de gestion des risques.
- Collaborer avec les patients et les partenaires de soins pour trouver des solutions (concernant la façon de divulguer les faits et d'assurer un dialogue continu).
- Utiliser des outils de communication tels que le modèle SBAR (ou SAER pour Situation, Antécédents, Évaluation Recommandation) (ICSP, s. d.) pour améliorer la communication entre le personnel et les patients à la suite d'un préjudice.
- Définir clairement les étapes à suivre après un événement ou un problème de sécurité afin que les patients et les partenaires de soins sachent à quoi s'attendre et quand s'y attendre.
- Normaliser la manière de divulguer les erreurs de manière honnête et respectueuse, en adaptant l'approche aux différentes situations.
- « Revenir en arrière » avec les patients et les partenaires de soins pour leur expliquer comment le problème a

été traité.

Action : Faire appel à un défenseur des droits des patients pour soutenir les patients et les partenaires de soins en cas de préjudice

- Avoir accès à un médiateur lorsqu'il est disponible ou pouvoir communiquer avec lui en cas de préjudice.
- Disposer de défenseurs des droits des patients, de négociateurs et de médiateurs pour soutenir les patients et les partenaires de soins en cas de préjudice (le soutien doit inclure la manière de recourir au système de justice réparatrice).

Action : Donner plus facilement accès aux données

- Montrer les données ou statistiques relatives aux préjudices, aux incidents liés à la sécurité des patients et aux problèmes de sécurité signalés par les patients.

• ANNEXE D : Actions visant à améliorer notre approche de la fiabilité

Action : Optimiser les partenariats entre les patients et les prestataires de soins de santé

- Écouter et apprendre des patients et les reconnaître en tant qu'experts de leurs soins.
- Établir des attentes communes et les réviser au besoin.
- Proposer un défenseur des droits du patient en l'absence d'un partenaire de soins.
- Utiliser des outils de communication (par ex. un tableau blanc) pour communiquer à l'équipe soignante les préférences du patient qui doivent être constamment respectées.
- Encourager les patients à tenir un registre personnel des renseignements sur les soins de santé essentiels à communiquer à l'équipe soignante.
- Intégrer le patient et les partenaires de soins dans la prestation des soins et leur enseigner les processus, les procédures et l'utilisation des équipements et des technologies essentiels aux soins et à la sécurité, en fonction de leur volonté de participer.
- Utiliser des outils de communication tels que des brochures, des affiches et des bulletins électroniques pour encourager le partenariat entre patients et prestataires et faire connaître les processus essentiels à la sécurité.
- Informer les patients des changements dans les services de soins de santé dans le contexte de la COVID-19 ou d'autres interventions d'urgence.

Action : Apprendre à connaître les patients, effectuer des vérifications régulières, optimiser la communication lors des transitions de soins

- Examiner le dossier patient et les documents du dossier d'aiguillage avant les interactions liées aux soins.
- Effectuer des contrôles de sécurité (faire appel aux bénévoles, aux partenaires de soins et aux défenseurs des droits des patients).
- Fournir des instructions écrites, des listes de vérification, etc. lors de la transition de soins.
- Communiquer aux patients les coordonnées des personnes-ressources qui peuvent les aider s'ils ont des préoccupations ou des questions pendant les transitions de soins.

Action : Donner aux patients et aux partenaires de soins la possibilité et les cadres nécessaires pour s'exprimer au sujet des défaillances des équipements, des tâches, des processus, des interventions et des protocoles de soins

- Recueillir les préoccupations des patients et des partenaires de soins ainsi que leurs idées pour améliorer les processus, à l'aide de divers mécanismes de rétroaction, tels que :
 - des sondages ou des entretiens en ligne ou en personne

des rapports ou rondes au chevet des patients

des rondes de visites de dirigeants et des séances d'écoute avec les patients et les partenaires de soins

des caucus réguliers pour recueillir leurs préoccupations et leurs idées pour améliorer les processus

des conférences avec les patients, les partenaires de soins et les familles

- Collaborer avec les patients à l'élaboration d'une méthode pour engager la conversation sur la sécurité liée à la fiabilité; ces conversations peuvent avoir lieu lors des rapports au chevet des patients, des rondes de visites de dirigeants et des caucus sur la sécurité.
- Disposer d'un espace/bureau/ordinateur réservé aux patients où ils peuvent faire part de leurs préoccupations.
- Tenir un « dossier de suivi » des problèmes de fiabilité et des solutions potentielles proposées par les prestataires, les patients et leurs partenaires de soins.
- Disposer d'un processus pour répondre aux préoccupations des patients et des partenaires de soins et en assurer le suivi

Action : Donner plus facilement accès aux données miser la communication lors des transitions de soins

- Faciliter l'accès des patients aux résultats de leurs tests et aux renseignements sur leur état de santé
- Agir avec transparence et partager avec votre personnel, vos patients et vos partenaires de soins les données relatives à la fiabilité des processus qui sont essentiels à la sécurité des patients.

ANNEXE E : Actions visant à améliorer notre approche de la sensibilisation au fonctionnement des activités

Action : Créer des structures et des processus afin d'aider les patients et les partenaires de soins à observer, écouter, percevoir et parler de la sécurité et de leurs préoccupations avec le personnel

- Faire régulièrement appel aux patients et aux partenaires de soins en tant que membres essentiels de l'équipe soignante.
- Collaborer avec les patients à l'élaboration de conseils et d'outils pour engager des conversations sur la sécurité.
- Obtenir une rétroaction quotidienne des patients et des partenaires de soins sur leur perception de la sécurité.
- Faire participer les patients et les partenaires de soins aux conversations sur la sécurité, par exemple lors :
 - des rapports ou rondes au chevet des patients
 - des rondes de visites de dirigeants et des séances d'écoute avec les patients et les partenaires de soins
 - des caucus réguliers pour recueillir leurs préoccupations et leurs idées pour améliorer les processus
 - des conférences avec les familles
 - de l'élaboration des plans de soins
- Lors des rapports au chevet des patients, des rondes de visites des dirigeants et des caucus de sécurité, inclure des questions sur la sécurité, telles que :
 - Qu'est-ce qui vous sécurise?
 - Qu'est-ce qui vous donnerait davantage le sentiment d'être en sécurité?
 - Qu'est-ce qui vous donne un sentiment d'insécurité?
- Créer un numéro de téléphone permettant aux patients et aux partenaires de soins de signaler les problèmes de sécurité urgents (par ex. Stop the Line).
- Donner aux patients la possibilité de collaborer avec le personnel à la recherche de solutions pour améliorer la sécurité.
- Disposer d'un processus pour traiter les préoccupations des patients et des partenaires de soins en matière de sécurité et les régler avec eux.
- Être sensible aux besoins individuels – langue, culture, facteurs sociaux.

Action : Optimiser les communications entre les patients et les prestataires

- Écouter les patients et les reconnaître en tant qu'experts de leurs soins.
- Écouter attentivement les patients et les partenaires de soins et leur répondre.
 - écouter et valider leurs préoccupations
 - intervenir rapidement pour répondre à leurs demandes et préoccupations en matière de sécurité
 - assurer le suivi de leurs besoins ou préoccupations
- Créer et utiliser des outils pour aider les patients et les partenaires de soins à participer à leurs soins en tenant compte des barrières linguistiques, de la littératie en santé et de l'accessibilité. Voici quelques suggestions d'outils :
 - une liste de questions précises à poser
 - un modèle à remplir par les patients pour partager leur cheminement en matière de soins de santé
 - un tableau blanc au chevet du patient
- Soutenir les patients et les partenaires de soins lorsqu'ils prennent des décisions en matière de soins de santé et sont confrontés à des problèmes de santé difficiles ou complexes.
- Faire preuve de sensibilité face à une situation en expliquant pourquoi une activité ou un traitement est effectué.
- Utiliser divers mécanismes de rétroaction. Ceux-ci doivent inclure des voies de communication informelles, telles que des conversations quotidiennes, et des mécanismes formels, tels que des sondages, des entrevues et des groupes de discussion.
- S'assurer que les patients savent comment communiquer avec leur clinicien, leur infirmière, leur agent de liaison ou leur défenseur des droits des patients.

Action : Créer des environnements au sein desquels le personnel se sent en sécurité pour s'exprimer et se sent habilité à intervenir

- Créer des structures et des processus où les équipes, les gestionnaires et les dirigeants peuvent parler honnêtement de leur capacité à fournir des soins sécuritaires et sans préjudice chaque jour (des exemples possibles de préoccupations dont les membres des équipes peuvent vouloir discuter comprennent la dotation en personnel, l'acuité des besoins des patients, le volume de patients, l'affectation à une unité non familière, etc.).

Action : Promouvoir et communiquer la valeur du partenariat entre les patients et les prestataires pour assurer la sécurité des patients

- Sensibiliser les patients et les partenaires de soins au CMSS (offrant une vision plus large de la sécurité).
- Fournir des brochures, des vidéos et des séances éducatives aux patients et aux partenaires de soins pour les encourager à participer à la sécurité des patients et les sensibiliser davantage à la valeur de leur contribution à

l'amélioration de la sécurité.

- Offrir au personnel un enseignement et une formation sur la manière de communiquer avec les patients et les partenaires de soins au sujet de la sécurité.
- Offrir au personnel une formation sur la sécurité culturelle (par ex. les croyances, les valeurs, les coutumes et les attentes).
- Communiquer et célébrer les réussites avec les patients et les partenaires de soins.

Action : Désigner un défenseur des droits des patients et un intervenant clé du milieu clinique

- Proposer un défenseur des droits du patient (un négociateur ou un médiateur) en l'absence d'un partenaire de soins.
- Désigner un intervenant clé, tel que le principal prestataire responsable ou un autre clinicien.

ANNEXE F : Actions visant à améliorer notre approche de l'anticipation et de l'état de préparation

Action : Créer des structures et des processus afin d'aider les organismes, le personnel, les patients et les partenaires de soins à anticiper, à élaborer des plans et à se préparer

- S'assurer que les conversations sur la sécurité avec les patients, les partenaires de soins et le personnel prévoient un temps et un espace réservés à la réflexion, au questionnement, à l'anticipation, à la planification et à la prise en charge des besoins futurs en matière de sécurité.
- Offrir une formation et proposer des conseils et des outils créés conjointement avec les patients sur l'importance de l'anticipation, de la prise en compte des problèmes éventuels et des modes de communication des préoccupations au personnel.
- Créer des structures et des processus où les équipes, les gestionnaires et les dirigeants peuvent parler honnêtement des risques futurs envisagés et collaborer sur les moyens de les atténuer.
- Disposer de systèmes permettant de « signaler » les patients à risque et de communiquer des stratégies d'atténuation au patient, au partenaire de soins et aux équipes soignantes.
- Recueillir l'avis des patients et des partenaires de soins pour la conception du système et des outils.

Action : Optimiser la communication entre les patients, les partenaires de soins et les prestataires afin de favoriser l'anticipation, la planification, la préparation et la communication des préoccupations et des risques constatés

- Communiquer activement avec vos patients sur les risques associés aux soins de santé, et les encourager à être des partenaires actifs dans la surveillance et l'atténuation des préjudices.
- Soutenir les patients et les partenaires de soins en leur fournissant des renseignements afin qu'ils puissent anticiper ce qui va arriver, évaluer les risques et les avantages de la situation et prendre des décisions éclairées en matière de soins de santé.
- Aider les patients à anticiper et à se préparer en leur expliquant les activités ou le traitement à l'avance.
- Communiquer et planifier conjointement les instructions au sujet du congé et des soins de suivi afin que les patients et les partenaires de soins aient le temps de planifier et de se préparer.
- S'informer auprès des patients de leurs préférences en matière de soins (par ex. ce qui compte pour eux, leur droit d'assumer des risques, ce qui les ferait se sentir davantage en sécurité).
- Créer un numéro de téléphone permettant aux patients et aux partenaires de soins de signaler les problèmes de sécurité urgents [par ex. Stop the Line] (Bell et Martinez, 2018).

Action : Tirer parti des compétences d'un défenseur des droits des patients et d'un intervenant clé du milieu clinique pour favoriser la réflexion, la planification et la préparation

- S'assurer que les patients savent comment communiquer avec leur clinicien, leur infirmière, leur agent de liaison ou leur défenseur des droits des patients.
- Rappeler aux patients l'importance d'avoir un défenseur de leurs droits (un négociateur ou un médiateur) et son rôle pour les aider à reconnaître les risques et planifier leurs besoins futurs en matière de soins de santé.
- Accepter et défendre les préférences des patients et leur droit d'assumer des risques. Planifier avec les patients la meilleure façon de fournir des soins tout en respectant leurs souhaits. Documenter et communiquer le plan avec l'équipe soignante.

Action : Accroître la sensibilisation des patients en leur communiquant les risques de préjudice liés aux soins de santé

- Fournir des brochures, des vidéos et des séances éducatives aux patients et aux partenaires de soins pour les encourager à participer à la sécurité des patients et les sensibiliser davantage à la sécurité et aux préjudices.
- Informer les patients sur les risques inhérents aux soins dispensés (propres au secteur ou à l'unité).
- Tirer parti des témoignages – témoignages audio, vidéo et écrits pour aider à illustrer les risques associés aux soins de santé.

ANNEXE G : Actions visant à améliorer notre approche de l'intégration et de l'apprentissage

Action : Soutenir les patients et les partenaires de soins dans la collecte de données, leur intégration, l'apprentissage à en tirer et la mise en œuvre de ces connaissances

- Créer des environnements permettant aux patients et à leurs partenaires de soins de participer activement à la sécurité des soins dans les cinq domaines du CMSS.
- Soutenir le partenariat entre patients et prestataires pour recueillir et intégrer les données sur la sécurité, en tirer des enseignements et agir en fonction des données sur les préjudices passés, la fiabilité, la sensibilité au déroulement des activités, l'anticipation et l'état de préparation.
- Faire appel aux défenseurs des droits des patients pour contribuer à la communication entre les patients, les partenaires de soins et le personnel.

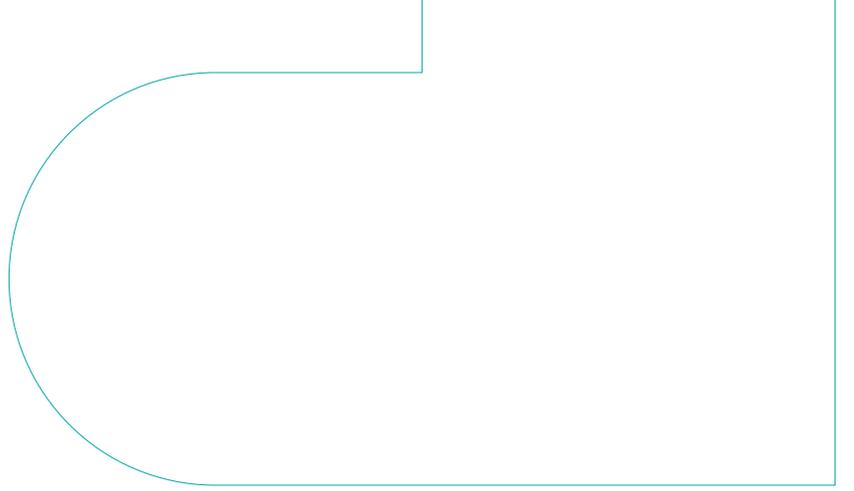
Action : Soutenir les patients et les partenaires de soins dans leur propre intégration et apprentissage en leur permettant d'accéder à l'information et de se l'approprier

- Permettre aux patients et à l'équipe soignante d'accéder aux dossiers médicaux des patients en temps réel.
- Offrir les services d'un traducteur au patient pour que les renseignements sur sa santé lui soient transmis dans la langue de son choix.
- Aider les patients et les partenaires de soins à interpréter les renseignements sur leur santé et répondre à leurs questions.
- Donner accès aux renseignements sur la santé sous différents formats, tels que le format papier, le format numérique et le tableau blanc au chevet du patient.
- Demander aux patients leur préférence quant à la quantité de renseignements qu'ils souhaitent obtenir afin d'éviter le risque de surabondance de données.
- Normaliser la culture autour de l'accès à l'information en tant que droit du patient (par l'éducation et la formation et par les comportements des prestataires, comme de demander aux patients s'ils veulent avoir accès à l'information).



VOS SOINS SONT-ILS SÉCURITAIRES?

Mesure et surveillance de la sécurité du point de vue des patients et de leurs partenaires de soins



VOS SOINS SONT-ILS SÉCURITAIRES?

Mesure et surveillance de la sécurité du point de vue des patients et de leurs partenaires de soins